



**UNIVERSIDAD
DEL QUINDÍO**

Título

Transformación de la Dinámica Familiar del Cuidador Principal de un Adulto Mayor con Enfermedad Crónica

Por una Universidad
PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

www.uniquindio.edu.co

**Transformación de la Dinámica Familiar del Cuidador Principal, de un Adulto Mayor
con Enfermedad Crónica**

Autoras

Brigitte Vanessa Gutiérrez Rodas

Kelly Juliana Rodríguez Gaviria

Universidad del Quindío

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Gerontología

Armenia – Quindío

2022

**Transformación de la Dinámica Familiar del Cuidador Principal, de un Adulto Mayor
con Enfermedad Crónica**

Autoras

Brigitte Vanessa Gutiérrez Rodas

Kelly Juliana Rodríguez Gaviria

Directora:

Lilia Inés López Cardozo

Docente Investigadora, Magister en Educación

Universidad del Quindío

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Gerontología

Armenia – Quindío

2022

Dedicatoria

A María Eugenia Rodas Acosta, mi madre, por ser pilar fundamental y darle sentido a mi vida,
por su amor y su apoyo incondicional

A José Osman Gutiérrez y Geraldine Gutiérrez, mi papá y mi hermana, por ser motivación en
cada día de mi vida

A Luz Aidé Rodas, Leidy Johana Rodas, Eliana Rodas, Paola Vanessa Rodas, Ariel Rodas y
Luis Antonio Rodas, mis tíos, a quien tanto amo, gracias por ser un impulso y apoyo tan grande
en mi vida, por siempre creer en mí y nunca dejarme sola

A Dominick Quintero, mi sobrinito, quien llena de alegría mi vida.

A María Aidé Acosta, mi abuela, por ser mi inspiración, por aconsejarme y brindarme un amor
tan incondicional, por creer en mí, y ser ese ángel que siempre me acompaña

Brigitte Vanessa Gutiérrez Rodas

A Angela Gaviria Salazar y Mauricio Rodríguez Gómez, mis padres, por ser el pilar de mi vida, por brindarme ese amor y apoyo incondicional en cada meta y sueño que me he trazado en mi vida, a pesar de la distancia, su voz de aliento me hizo sentirlos cerca y continuar.

A Daniela Rodríguez y Valeria Rodríguez, mis hermanas, por ser mi motor, alegría y darle sentido a mi vida, sin ustedes ningún logro de mi vida hubiera sido posible, son el impulso que necesito para seguir adelante.

A Nancy Rodríguez, a mi abuela, por su apoyo, su voz de aliento, inspiración y amor para lograr culminar esta etapa de mi vida.

A Rosario Salazar y Raúl Gaviria, mis abuelos, por su amor, inspiración, y cariño para culminar la carrera, que, aunque ya no están presentes siempre creyeron en mí y siempre serán los angelitos que me han acompañado en cada paso que doy, este logro en parte también es de ustedes, fueron mi inspiración en lo largo de este camino

A Steven Monsalve Tole, mi pareja, por su amor, apoyo, paciencia, tenacidad e inspiración para terminar este logro, por estar en cada momento difícil de mi vida y brindarme su apoyo incondicional para seguir adelante, por siempre creer en mí y nunca dejarme sola.

Kelly Juliana Rodríguez Gaviria

Agradecimientos

En primera instancia, queremos agradecer a todos los docentes que nos acompañaron durante este camino, a nuestra docente y asesora, Lilia Inés López Cardozo, por el tiempo dedicado, el conocimiento compartido, su apoyo y paciencia para guiarnos durante todo este proceso

A cada uno de los cuidadores que participaron en esta investigación, damos las gracias por brindarnos su información, y así hacer posible que este trabajo se realice con éxito

Finalmente, un agradecimiento especial, a nuestras familias por ese apoyo incondicional, tenacidad, colaboración e inspiración, porque hemos logrado culminar esta etapa de nuestras vidas en gran parte gracias a ustedes

Brigitte Vanessa Gutiérrez Rodas

Kelly Juliana Rodríguez Gaviria

Tabla de contenido

	pág.
1. Titulo	15
1.1 Tema de la investigación	15
1.2 Línea de investigación	15
2. Introducción	17
3. Planteamiento del problema	19
4. Objetivos	22
4.1 Objetivo General	22
4.2 Objetivos Específicos	22
5. Justificación	23
6. Marcos Referenciales	26
6.1 Antecedentes	26
6.1.1 <i>Antecedentes Internacionales</i>	26
6.1.2 <i>Antecedentes Nacionales</i>	30
6.2 Marco Conceptual	33
6.3 Marco Teórico	38
6.3.1 Familia	38
6.3.1.1 Tipos de Familia	41
6.3.1.2 Funciones generales de la Familia	43
6.3.1.3 Dinámica Familiar	44
6.3.1.4 Normas	45
6.3.2 <i>Cuidador</i>	47
6.3.2.1 Cuidador Informal	47

6.3.2.2. Cambios en la Vida del Cuidador	49
6.3.2.3 Cuidadores de Adultos Mayores Enfermos	52
6.3.2.4 Enfermedades Crónica No Transmisibles	54
6.3.2.4.1 Enfermedades Cardiovasculares	54
6.3.2.4.2 Hipertensión Arterial	54
6.3.2.4.3 Diabetes Mellitus	56
6.3.2.4.4 Depresión en Adultos Mayores	57
6.4 Marco Contextual	58
6.5 Marco Legal	59
6.5.1. <i>Ley 1850 de 2017</i>	59
6.5.2 Ley 2055 de 2020	59
6.5.3 Proyecto de Ley 169 de 2019	60
6.5.4 Resolución Número 005928 de 2016	60
6.5.5 Ley 1751 de 2015 “ Ley Estatutaria de Salud”	61
6.5.6 Ley 1616 de 2013	61
6.5.7 Ley 1438 de 2011	61
7. Metodología	63
7.1 Unidad de Análisis	64
7.2 Muestra	64
7.3 Técnicas de recolección de datos	64
7.4 Prueba Piloto	65
7.5 Sistematización	66
7.6 Análisis e interpretación de la información	67
7.7 Resultados de la Investigación	67

7.8 Aspectos éticos y bioéticos	68
8. Resultados y Discusión	72
8.1 Objetivo No. 1: Identificar las características sociodemográficas (Edad, género, estado civil, escolaridad, parentesco, remuneración, capacitación y tiempo del cuidado) del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica.	72
8.2 Objetivo No. 2: Identificar las particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica	78
8.3 Objetivo NO. 3 Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal) y emocionales (irritabilidad, cambios en el estado de ánimo) del cuidador principal a cargo de los adultos mayores con enfermedad crónica	94
8.4 Objetivo No. 4 Identificar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica	112
Conclusión	121
Recomendaciones	124
Referencias	125
Anexos	133

Índice de tablas

	pág.
Tabla 1. Edades de los cuidadores de adultos mayores	72
Tabla 2 Género de los cuidadores de adultos mayores	73
Tabla 3 Estado civil de los cuidadores de adultos mayores	74
Tabla 4 Nivel de escolaridad de los cuidadores de adultos mayores	74
Tabla 5 Parentesco que tiene con la persona que cuidan	75
Tabla 6 Recibe remuneración económica por el cuidado	76
Tabla 7 Ha recibido capacitación para el cuidado de los adultos mayores	78
Tabla 8 Le gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores	79
Tabla 9 Tiempo que lleva brindado el cuidado al adulto mayor	81
Tabla 10 Horas al día a cargo del cuidado del adulto mayor	82
Tabla 11 La responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor recae solo en usted o cuenta con apoyo de la familia en los asuntos del adulto mayor	83
Tabla 12. Qué temas o aspectos considera que son más complejos con el cuidado del adulto mayor	84
Tabla 13 Tabla 13: Le gusta lo que hace o prefiere otro tipo de trabajo	85
Tabla 14 Como podría describir la relación que tiene con el adulto mayor	86
Tabla 15 Edad de los adultos mayores	88
Tabla 16 Género de los adultos mayores	88
Tabla 17. Patologías del adulto mayor	89
Tabla 18 Tabla 18: Funcionalidad en los adultos mayores	91
Tabla 19 Con quien convive los adultos mayores	92
Tabla 20 Estado civil de los adultos mayores	93
Tabla 21 Siente que el cuidado del adulto mayor le ha generado un cambio entorno a su vida familiar	94
Tabla 22 Ha presentado cambios o alteraciones en el patrón del sueño	95
Tabla 23 Ha dejado actividades de ocio o entretenimiento que antes solía hacer	97

Tabla 24 Ha dejado de preocuparse por su imagen personal	98
Tabla 25 Ha descuidado a algún miembro de su familia a causa del cuidado al adulto mayor	99
Tabla 26 Ha perdido contacto con personas que antes frecuentaba debido al cuidado que le ofrece al adulto mayor	100
Tabla 27 Han presentado cambios en el comportamiento/ trato con sus familiares o de parte de ellos	101
Tabla 28 Ha presentado algún cambio en su estado de animo	103
Tabla 29 Se siente deprimido	104
Tabla 30 Ha presentado irritabilidad	105
Tabla 31 Ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento	107
Tabla 32 Ha presentado sentimientos de culpa o miedo	108
Tabla 33 Alguna vez se Ha sentido impotente	110
Tabla 34 Se ha sentido maltratado en algún momento por el adulto mayor o su familia	111
Tabla 35 Ha evidenciado algún cambio en la comunicación con su entorno familiar debido a los cuidados que ha venido prestando	112
Tabla 36 Considera que las normas al interior de su familia han cambiado desde que esta brindando el cuidado al adulto mayor	113
Tabla 37 Considera que ha cambiado el rol en su familia desde que está brindando estos cuidados	114
Tabla 38 Coloca limites respecto a sus actividades personal y el cuidado del adulto mayor	116
Tabla 39 Quién toma las decisiones	118
Tabla 40 Se han visto afectadas las relaciones afectivas con los demás miembros de la familia, incluso con el adulto mayor	119

Lista de Anexos

	pág.
Anexo A. Entrevista Semiestructurada	133
Anexo B. Consentimiento Informado	136
Anexo C. Prueba Piloto	137
Anexo D. Matriz de transcripción de la entrevista	141
Anexo E. Matriz de la sistematización de la información	144
Anexo F. Aval de Bioética	159

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica. La metodología de trabajo tuvo un enfoque cualitativo, tipo fenomenológico descriptivo, cuya población fue de 14 cuidadores principales de adultos mayores con enfermedad crónica, con edades que oscilan entre 23 a 72 años, con una edad promedio de 23 a 32 años, a los cuales se les aplicó una entrevista semiestructurada, de manera presencial, la cual permitió identificar las alteraciones de la dinámica familiar.

Los resultados obtenidos demostraron que el cuidador informal en la mayoría de los casos es un familiar, de género femenino, quien adopta el rol de cuidado, son las hijas, la ex cónyuge, o en otros casos, el yerno, no cuentan con capacitación respecto al cuidado de adultos mayores, y por lo general, no cuentan con remuneración económica. En cuanto al nivel de dependencia de los adultos mayores, los resultados muestran que cuanto mayor sea la dependencia, los cuidados se triplican, al igual que las responsabilidades en el cuidador

Con relación a los cambios emocionales y comportamentales, y cambios al interior de la dinámica familiar que se presentan en el cuidador principal, se evidenció que estos dependen de factores como lo es: el apoyo familiar, los cuidados que requiere el adulto mayor, el afecto y el vínculo que se tiene con la persona que cuidan.

Palabras claves: Adulto Mayor, Cuidador Formal, Cuidador Informal, Dinámica Familiar, Enfermedad Crónica, Familiar, Transformación.

Abstract

The objective of this study was to analyze the transformation that are occurring in the family dynamics of the primary caregiver of an older adult with chronic disease, The work methodology had a qualitative approach, The work methodology had a qualitative approach, descriptive phenomenological type, whose population consisted of 14 main caregivers of older adults with chronic disease, with ages ranging from 23 to 72 years, with an average age of 23 to 32 years, to whom a semi-structured interview was applied, in person, which allowed to identify the alterations in the family dynamics.

The results obtained showed that the informal caregiver in most cases is a female relative, who takes on the role of caregiver, whether it is the daughters, the ex-spouse, or in other cases, the son-in-law, who have no training in the care of older adults, and in general, do not receive financial remuneration. Regarding the level of dependency of the elderly, the results show that the higher the level of dependency, the care triples, as do the responsibilities of the caregiver.

In relation to emotional and behavioral changes, and changes within the family dynamics that occur in the primary caregiver, it was found that these depend on factors such as: family support, the care required by the older adult, affection and the bond with the person being cared for.

Keywords: Elderly, formal caregiver, informal caregiver, Family dynamics, Chronic disease, Family, Transformation

1. Título

Transformación de la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

1.1 Tema de la investigación

Dinámica familiar y adulto mayor con enfermedad crónica

1.2 Línea de investigación

Desarrollo- Envejecimiento

El Proyecto Educativo del Programa de Gerontología P.E.P de La Universidad del Quindío, (2017) reconoce en esta línea que:

El desarrollo que va desde la concepción hasta la vida adulta y comprende 4 (cuatro) dimensiones básicas: Desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo, desarrollo emocional y desarrollo social. La integración de estas cuatro dimensiones implica una visión multidisciplinaria que toma elementos de la biología, la fisiología, la medicina, la psicología, la sociología, la antropología y la educación (Baltes, 1987, citado por Rice, 1997). En este sentido, los temas que se trabajan en dicha línea tocan aspectos del desarrollo en relación con el núcleo familiar, las relaciones intergeneracionales y de poder que en ella se dan(p. 80).

El envejecimiento conlleva a una serie de modificaciones que afectan los distintos sistemas corporales, en la vejez incrementa el deterioro de las funciones mentales y físicas. En la población adulta mayor las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, enfermedades mentales, cardiovasculares y respiratorias son de las más comunes, por lo cual esta línea de investigación permitirá responder las

preguntas que se vienen presentando en torno a cómo estas enfermedades crónicas han afectado la dinámica familiar, teniendo en cuenta que la funcionalidad familiar juega un papel fundamental ante la capacidad del sistema para enfrentar y vencer cada uno de las situaciones críticas que puedan presentarse en cualquier etapa del ciclo vital, por otra parte, está también brinda un cuidado integral a la persona en la cual le proporcionan un apoyo emocional, psicológico entre otros.

Por, lo anterior se puede asegurar que esta línea de investigación posibilita indagar y contribuir al conocimiento acerca de los cuidados y el manejo de estas enfermedades en el adulto mayor.

2. Introducción

El envejecimiento conlleva a una serie de modificaciones que afectan los distintos sistemas corporales, en la vejez incrementa el deterioro de las funciones mentales y físicas. En la población adulta mayor las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, enfermedades mentales, cardiovasculares y respiratorias son de las más comunes, la funcionalidad familiar juega un papel fundamental ante la capacidad del sistema para enfrentar y vencer cada uno de las situaciones críticas que puedan presentarse en cualquier etapa del ciclo vital, por otra parte, está también brinda un cuidado integral a la persona en la cual le proporcionan un apoyo emocional, psicológico, entre otros.

El Quindío es el departamento con el nivel más alto de envejecimiento en el país, cuenta con 509.640 habitantes, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2020), (p. 33) y, según el Ministerio Salud y de la Protección Social de Colombia, (2020), en el Boletín poblacional refiere que en el Quindío, el número de *Personas Adultas mayores de 60 años, con corte a diciembre de 2019*, prevalece en un porcentaje del 18.7 %, así el Municipio de Armenia cuenta con un total de 304.314 habitantes (p. 3).

Con base en lo anterior, se planteó la investigación titulada: *Transformación De La Dinámica Familiar Del Cuidador Principal De Un Adulto Mayor Con Enfermedad Crónica*, teniendo como objetivo analizar las transformaciones que se están presentando en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica.

A través de este estudio se evidencia que la dinámica familiar sufre un cambio en su funcionamiento, cuando uno de sus miembros adultos mayores presenta alguna enfermedad, puesto que con esta situación se adoptan nuevos roles, entre ellos, el de quien realiza la labor

de cuidado, el impacto que este genera al cuidador principal abarca diferentes áreas como lo es: la vida laboral, personal, social, emocional y económico.

Con la presente investigación se pretende aportar a la academia en temas de envejecimiento y vejez, lo que permitirá la comprensión profunda del rol del cuidador desde su percepción, al igual que proporciona los resultados en cuanto a los cambios que se presentan en su dinámica familiar, debido al cuidado que brinda.

De igual manera, con el presente trabajo se dan a conocer los conceptos básicos y la revisión bibliográfica que permitieron el desarrollo pertinente de la investigación, asimismo se dan a conocer las transformaciones que se presentan al interior de la dinámica familiar del cuidador principal y los cambios comportamentales y emocionales. Por último, el lector encontrará las conclusiones y recomendaciones según los resultados arrojados por la presente investigación.

3. Planteamiento del problema

El Quindío es el departamento con el nivel más alto de envejecimiento en el país, Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2020), el Quindío cuenta con 509.640 habitantes(p. 33), según el Ministerio de Salud (2020), en el Boletín poblacional: Personas Adultas mayores de 60 años, con corte a diciembre de 2019, el Quindío prevalece con un porcentaje del 18.7 % de personas mayores, así el Municipio de Armenia cuenta con un total de 304.314 habitantes(p. 3). Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, un aproximado de adultos mayores en el departamento del Quindío para el año 2020 es de 110.061.027.

Siendo el Quindío el primer departamento con el nivel más alto de población adulta mayor, surge la necesidad de realizar estudios e investigaciones en las cuales estén presentes las diversas situaciones que se puedan presentar en el envejecimiento y en la etapa de la vejez. De esta manera es importante indagar desde la perspectiva de quien realiza el rol del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica ya que esto va a brindar información acerca de las afectaciones que se presentan en la dinámica familiar de este cuidador, Así mismo, es necesario tener en cuenta que el papel que juega la familia en una situación de enfermedad que se presente en uno de sus miembros es primordial, por ende esto implica una adaptación del entorno para todos: para la persona afectada, la persona que realiza el rol del cuidador y de forma indirecta la familia tanto del cuidador como de la persona que padece la enfermedad. De esta manera este estudio permitirá identificar aquellas transformaciones que se estén presentando en la dinámica familiar del cuidador observando estos cambios en aspectos como: la comunicación, el afecto, la autoridad, los límites, los roles y las normas,

Así mismo se pretende indagar acerca de los cambios emocionales y comportamentales que ha podido presentar el cuidador a causa de la convivencia con esta enfermedad.

Por otro lado, Núñez Villacampa, (2017), refiere que:

El sentido de la actividad de cuidar se encuentra en la familia; en esa relación basada en la confianza y el reconocimiento mutuo que supera el cuidado asistencial incluyendo los cuidados afectivos y relacionales (como lo cita Paniagua Fernández, 2015) y que, además, puede ayudar a descubrir en el cuidador cualidades o aptitudes que se desconocían, así como establecer una relación más próxima con la persona a la que se cuida y descubrir facetas positivas de la misma que hasta entonces no se conocían (como se cita en Paniagua Fernández, 2015, p.14)(p. 23).

De esta manera es importante que el cuidador se cuide para así brindar un buen cuidado, ya que algunas veces el desempeñar este rol trae consigo consecuencias como son afectaciones en la dinámica familiar, problemas a nivel emocional y sobrecarga del cuidado.

Formulación de Preguntas Investigativas

Pregunta General

¿Cuáles son las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica?

Preguntas Específicas

¿Cuál es la caracterización sociodemográfica (edad, genero, estado civil, escolaridad, parentesco, remuneración económica) del cuidador y los datos generales del adulto mayor?

¿Cuáles son las particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica (Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado, horas a cargo, relación con el adulto mayor , responsabilidad sobre el cuidado...)

¿Cuáles son los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal...) y emocionales (Irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, sentimientos de soledad, culpa, maltrato...) que se están presentando en el cuidador principal del adulto mayor con enfermedad crónica?

¿Cuáles son las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica?

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas (edad, genero, estado civil, escolaridad, remuneración) del cuidador y los datos generales del adulto mayor
- Identificar particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica (Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado, horas a cargo, relación con el adulto mayor , responsabilidad sobre el cuidado...)
- Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal,...) y emocionales (Irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, sentimientos de soledad, culpa, maltrato...) del cuidador principal a cargo del adulto mayor con enfermedad crónica
- Identificar las trasformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica

5. Justificación

El envejecimiento poblacional es un reto a nivel mundial, puesto que con ello aparecen efectos a nivel económico, social y de salud, esta es una cuestión primordial ya que los países deben adoptar medidas adecuadas que respondan a los efectos causados por el aumento de personas adultas mayores, teniendo en cuenta esto, el departamento del Quindío no está exento de esto, al ocupar el primer lugar con un 18.7% de población adulta mayor según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Por lo tanto, en razón de lo anterior, es importante tener en cuenta la conveniencia de la presente investigación, ya que al aumentar el índice de envejecimiento poblacional se incrementa el cuidado debido a que no toda la población adulta mayor llega a la etapa de su vejez en óptimas condiciones de salud física y mental, así mismo, es preciso señalar que el cuidado de esta población puede traer consigo consecuencias para la persona quien ejerce el rol de cuidador principal de la familia, teniendo en cuenta el desconocimiento que se puede presentar por parte de la familia en relación al cuidado y condiciones que presenta el adulto mayor.

De acuerdo con Ruiz Robledillo & Moya-Albiol, (2012), en relación con la conceptualización al cuidador informal principal, se refieren como: “aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente” (tal como lo cita Fernández et al., 2011)(p. 24).

Por lo anterior, hay que dar una serie de estrategias a los cuidadores a la luz de la ética para que afronten los cuidados en función de sus capacidades. De tal manera que se logre que esta etapa se destaque por la calidez y la calidad de vida que estas personas requieren (como lo cita Paniagua Fernández, 2015)(Núñez Villacampa, 2017, p. 23).

Por ende, la presente investigación tiene una gran relevancia social no solamente a nivel familiar, sino también para la sociedad en general y la academia, ya que los resultados de esta investigación tendrá un gran valor teórico, en donde permitirán conocer las transformaciones presentes en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica y sus efectos a nivel personal, social y emocional, permitiendo conocer la percepción subjetiva y objetiva de los cuidadores principales, en este sentido, se aportará un gran conocimiento a la academia, por ese motivo, podemos señalar, como expresa Zúñiga Arreaga & Quito Sarmiento, (2018), que la dinámica familiar está constituida por factores favorables o desfavorables que influyen en las técnicas y componentes de acoplamiento del núcleo familiar frente a escenarios de dificultades que están determinados por el afecto, comportamiento, y perspectiva; también comprende reglamentos y modos de comunicación que intervienen en la funcionalidad familiar de cada miembro de la familia, entre los que se destaca el adulto mayor (como lo citan Coyotl et al., 2012)(p. 5)

De esta manera la investigación acerca de la transformación de la dinámica familiar del cuidador de un adulto mayor con enfermedad crónica tendrá implicaciones prácticas ya que permitirá la comprensión profunda del rol del cuidador, cómo es la convivencia y las implicaciones que conlleva el cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica, ya que adquirir el rol como cuidador puede traer repercusiones en sí mismo si no es gestionado de la manera adecuada, puesto que pueden experimentar agotamiento, frustración, miedo, tristeza o ansiedad, de igual forma, pueden experimentar cambios en el área laboral, en las relaciones familiares y en el tiempo libre ya que el cuidado implica una gran responsabilidad y una serie de modificaciones a las actividades que se estaba acostumbrado, es por esto también que esta investigación posibilitará el diseño de un instrumento pertinente para conocer la percepción

del cuidador en relación al cuidado que brinda y cómo se ha presentado el cambio de su dinámica familiar.

Por último, desde el punto de vista de la utilidad metodológica el camino metodológico recorrido, será de gran utilidad puesto que puede servir de referente o modelo para otras investigaciones desde el enfoque cualitativo identificado desde la estructura general del trabajo hasta los resultados finales de la misma.

6. Marcos Referenciales

6.1 Antecedentes

A continuación, se presentará una exploración de búsqueda de antecedentes relacionados con la investigación:

6.1.1 *Antecedentes Internacionales*

En Porto, Portugal, Takase Gonçalves et al., (2011), autores de la investigación *La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en contexto de la ciudad de Porto, Portugal*. Tienen como Objetivo: conocer la dinámica de familia de ancianos con 80 años o más, bajo cuidados de familiar, en su domicilio. La metodología: Se trata de un estudio del tipo exploratorio, de naturaleza diagnóstico-evaluativa y cuyos participantes fueron constituidos de un par formado por el familiar cuidador principal y por el anciano de 80 o más años, dependiente de cuidados de salud y en las actividades de su cotidiano. El cuidador y el anciano, que estaban registrados en la unidad de salud familiar de la grande región de la ciudad de Porto, en Portugal, compusieron la muestra de 107 sujetos pareados. Los datos fueron recolectados entre 09/2009 y 03/2010 por medio del APGAR familiar, de calidad de vida y de estilo de vida. Los resultados: aumento de cuidador masculino; conyugue anciano dependiente de su par; e, inclusión substancial de familiares en el elenco de cuidadores (nietas(os), sobrinos(os), hermanas(os)). A pesar de la dinámica de la familia mostrarse de buena funcionalidad, el estilo de vida del cuidador y la calidad de vida de ambos (cuidador y anciano) se mostraron regulares. Las limitaciones del estudio impiden la generalización de los resultados; sin embargo, ofrece subsidios relevantes para el desarrollo del programa de salud familiar y de enfermería de familia

En Chachapoyas, Amazonas-Perú, Pérez Sánchez, 2015, Autora de la investigación: *Vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus. Asentamiento humano Morro Solar Bajo-Jaén 2014. Una mirada desde la perspectiva del cuidador*. El objetivo fue comprender el fenómeno de las vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus, Asentamiento Humano Morro Solar Bajo. Jaén-2014, la técnica a utilizar fue la entrevista a profundidad, su método fue la observación, su instrumento fue la guía de entrevista a profundidad, el muestreo utilizado fue saturación por categorías donde estuvo representada por 12 personas entre mujeres y varones que tuvieron, a su cuidado a un familiar adulto mayor diabético, que previamente habían aceptado participar en la investigación, al llegar a la octava entrevista empezaban a repetirse el contenido de los discursos por lo tanto se evidenció que ya no aportaban a la investigación que se sumerge en comprender el fenómeno estudiado. Resultados: esta investigación logrará una atención personalizada en los cuidados que van a brindar los familiares al paciente diabético; como también la participación activa de toda la familia en este proceso de la enfermedad, y a su vez concientizar a los estudiantes a poner énfasis en los cuidados que brindan tanto a la familia como a la persona con enfermedad crónica. Esta investigación posteriormente servirá como referencia para nuevas investigaciones tanto en el ámbito universitario como profesional.

En Arequipa, Perú, Patiño Díaz & Beltrán Aguilar, (2017), en el trabajo de investigación: *Impacto de la enfermedad crónica de pacientes en la dinámica familiar*, tienen como Objetivo: identificar el impacto económico, social, emocional y material en la familia, de la enfermedad crónica de pacientes y las expectativas hacia su atención. Materiales y Métodos: se realizó una entrevista abierta y anónima a una muestra representativa de 130

familiares de pacientes de un hospital público. Resultados: La enfermedad crónica tiene impacto social en la familia, un familiar ocupa gran parte de su tiempo para atender las necesidades y las gestiones administrativas en el hospital, ayudan en su alimentación, a hacer sus funciones biológicas, vigilarlo; otro miembro de familia asume su jefatura, surgen nuevas responsabilidades, hábitos y roles domésticos, en unos casos se asume con gran prioridad la atención del paciente pero a veces se descuida a otros familiares menores o las propias relaciones sociales o el estudio por dar atención al paciente. La enfermedad crónica tiene impacto emocional en la familia, hay tristeza, frustración y estrés por el pronóstico y sufrimiento del paciente, temen las secuelas; en otros casos surge un sentimiento de resignación, valentía, unión y aliento de los familiares; también hay descontento por deficiente atención en el hospital y el trato del personal. Conclusiones: la enfermedad crónica de pacientes tiene grandes impactos principalmente negativos en la dinámica de sus familias y desean que mejore la atención del hospital y que haya mayor compromiso de otros familiares.

En el Ecuador, Zúñiga Arreaga & Quito Sarmiento, (2018) la investigación: *Dinámica familiar en el adulto mayor con enfermedades crónicas*, tiene como Objetivo: determinar la dinámica familiar del adulto mayor con enfermedades crónicas. Metodología empleada, fue documental, cuantitativa, exploratoria, y transversal; se aplicó el método deductivo y técnicas como la observación. Mediante este trabajo se concluye que la dinámica familiar influye considerablemente en el adulto mayor enfermo, una funcionalidad familiar óptima ayuda a minimizar los daños ocasionados por las patologías crónicas, por el contrario, la disfuncionalidad incide drásticamente en la vejez, ya que puede empeorar la salud integral del anciano tanto a nivel físico como emocional. Se estima que la orientación psicológica es

necesaria porque mediante ésta se aplican estrategias de comunicación y ayuda dirigidas al entorno familiar con la finalidad de mejorar el estado de salud del adulto mayor.

En Toluca, México, Murrieta Martínez, (2020) en la investigación: *Apoyo social y su asociación con la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF220, 2020*, tiene como Objetivo: Establecer la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020. Material y método: Se trata de un estudio analítico, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó en pacientes con EPOC en la UMF 220 mediante la aplicación del cuestionario MOS y la escala FF-SIL. El análisis estadístico se realizó por medio del paquete estadístico SPSS 25, utilizando la prueba estadística chi cuadrada como medida de asociación. Resultados: Se incluyeron 250 pacientes con EPOC, entre los cuales predominó un apoyo social máximo y funcionalidad familiar moderada, se obtuvo un valor de $p=0.000$, con lo que se establece la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar

En la ciudad de Machala Ecuador, Astudillo Román, et al., (2020) Autores de la investigación: *Enfermedades crónicas y su influencia en la funcionalidad familiar en el sector La Ferroviaria (Machala – Ecuador)* Objetivo: Determinar la funcionalidad en las familias con pacientes que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles de los barrios del sector La Ferroviaria. Método. Estudio transversal, retrospectivo y correlacional a través de la utilización del test FFSIL a los pacientes crónicos y/o cuidadores pertenecientes a las familias de los barrios del sector de La Ferroviaria de la ciudad de Machala, El Oro, Ecuador. Resultados: Los datos registrados reportan a 240 familias de los barrios investigados donde existen 108 que tienen como integrante a un paciente con enfermedad crónica. Las de mayor prevalencia son las crónicas no transmisibles encabezadas por la hipertensión arterial y la

diabetes mellitus (40% y 15% respectivamente), y en 1,8% pacientes con discapacidad. En cuanto a la funcionalidad familiar se registró un 26 % de familias funcionales, 62 % con moderada funcionalidad, 11% son disfuncionales y 1% severamente disfuncional. Las variables que se ven afectadas en la dinámica familiar y registrada en el FFSIL son la cohesión (2%), armonía (10%), adaptabilidad (21%) y cambio de roles (67%). Los tipos de crisis familiares son: el 6% crisis normativas, 24% a las crisis paranormativas y en una combinación de ambas se registra el 88%. Conclusiones: La funcionalidad familiar puede ser alterada en varios grados de disfuncionalidad cuando se presentan enfermedades crónicas en uno de sus integrantes. Los cambios de los roles que genera una inadecuada adaptabilidad que por ser crónica termina generando problemas en su dinámica familiar. Las familias pueden afrontar al mismo tiempo las crisis normativas y paranormativas lo que deteriora más su situación. Los recursos de apoyo para el afrontamiento de las crisis con las que cuentan las familias como la adhesión, armonía, adaptabilidad, y función de roles al ser modificadas sufren alteraciones que da paso a la disfuncionalidad.

6.1.2 *Antecedentes Nacionales*

En Bogotá, Piratoba-Hernández & Rozo-Gutiérrez, (2015) Autores de la investigación: *Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia*, **Objetivo:** Caracterizar los cuidadores familiares de la persona mayor en situación de dependencia, para contribuir al desarrollo de programas adaptables a las necesidades de los cuidadores. **Metodología:** Diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal entre agosto de 2010 a marzo 2011. La recolección de información mediante entrevista domiciliaria, con cuestionario de caracterización socio demográfica. La muestra intencional de 91 cuidadores. Para el análisis estadístico se empleó programa SPSS versión

15. **Resultados:** Se evidenciaron cuidadores familiares en un rango de edad de 36 a 59 años (53%), la mayoría mujeres 81%, con niveles de escolaridad de primaria o bachillerato incompleto 45%, casados(as) 36%, con dedicación completa al hogar 53%, afiliados al régimen subsidiado o del Estado 87%; el rol de cuidador familiar lo han ejercido por más de 37 meses (87%), con una dedicación diaria de 24 horas (54%) y la mayoría es cuidado por el hijo(a). Estos cuidadores no poseen herramientas suficientes para enfrentar las situaciones negativas derivadas del cuidado de la persona mayor. **Conclusiones:** Características como la edad, nivel de educación, tiempo de dedicación al cuidado, la red de apoyo, la ocupación y la situación socioeconómica hacen inminente la búsqueda de alternativas para los cuidadores que no cuentan con recursos para acceder a niveles óptimos de información; estos resultados permiten a diferentes sectores ejecutar acciones, generar programas de acuerdo con necesidades identificadas que impacten sobre la calidad de vida de los cuidadores; la normativa existente del Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrece apoyo mínimo a los cuidadores.

En Bucaramanga, Pinzón & Carrillo, (2016) en el artículo: *Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica*”- tiene como Objetivo: establecer la relación entre la carga del cuidado y la calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedades respiratorias crónicas. Metodología: estudio de abordaje cuantitativo descriptivo, de correlación, y corte transversal. Participaron 55 cuidadores familiares que asisten a una institución de tercer nivel de atención en salud de la ciudad de Bucaramanga. Se utilizaron los instrumentos: encuesta de caracterización del cuidador familiar de persona con enfermedad crónica, calidad de vida versión familiar de persona con enfermedad crónica y Carga del cuidado de Zarit. El análisis se realizó mediante

estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión y la determinación del coeficiente de correlación de Spearman. Resultados: Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, de estratos socioeconómicos bajos, ocupación hogar, una mediana de 18 horas día a la asistencia y cuidado; presentan una calidad de vida global percibida media. En cuanto a la carga del cuidado el 23,7% de los cuidadores presenta una sobrecarga severa, el 27,3% sobrecarga leve y el 49%, no presentan sobrecarga de acuerdo con la clasificación establecida por Zarit. Conclusión: Existe una correlación inversa entre la calidad de vida y la carga de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica.

En Cali, Viveros Arturo, (2019) Autor de la investigación: *Percepción de calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayor con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo*". El objetivo: del estudio es poder describir la percepción de calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedades crónicas y diagnosticadas con cuadros depresivos. El método es un estudio cualitativo, para esta investigación se entrevistaron a cuatro personas por medio de una entrevista semiestructurada, dichas personas se obtuvieron por medio del método de muestreo bola de nieve, antes de realizar cada entrevista se aplicó un instrumento de sobrecarga Zarit. Los resultados obtenidos son que el 100% de los cuidadores que participaron de este estudio evidencian apoyo familiar y no tener sobrecarga por cuidar al adulto mayor., de igual forma, toda se expresan tener un buen trato por parte de la EPS a la que se encuentran afiliados, lo que contrasta de manera contundente con la realidad colombiana. La conclusión, se tiene que la población de este estudio fue atípica por los diferentes apoyos con los que cuentan, que generalmente, no sucede en la cotidianidad colombiana. Por otro lado, por la dificultad que se tuvo para conseguir la

muestra, se infiere que los médicos están pasando el diagnóstico por alto, por ende, muchos adultos mayores están siendo tratados por la enfermedad crónica y la depresión es la secuela de los síntomas de esa enfermedad.

En Bogotá, Zapata Dusán, (2019) Autor de la investigación: *Calidad de Vida de los Cuidadores Informales de Personas Adulto Mayor*. El envejecimiento poblacional es un reto para la sociedad del siglo XXI, el impacto y las complicaciones que se producen a medida que se va avanzando en edad no solo afecta a las personas mayores sino también la calidad de vida de aquellos responsables de su cuidado, comúnmente denominados cuidadores informales. El objetivo: Describir la calidad de vida de los cuidadores informales de personas adultos mayores. La metodología que se realizó en la investigación es una revisión bibliográfica en bases de datos como Taylor & Francis, Sciencedirect y Clinical Key aplicando criterios de inclusión como artículos realizados en años 2009-2019, artículos científicos, artículos relacionados con las ciencias de la salud y de acceso abierto, obteniendo una muestra de 50 artículos acerca de la calidad de vida del cuidador informal de personas adulto mayor. Los resultados: a partir de la muestra obtenida se definieron las siguientes categorías: características sociodemográficas, percepciones y dimensiones de la calidad de vida. Conclusiones: la calidad de vida de los cuidadores informales de adulto mayor es un tema amplio el cual se debería abordar desde grupos específicos puntuales y con investigaciones de naturaleza cualitativa.

6.2 Marco Conceptual

A continuación, se expondrán diversos conceptos del avance de esta investigación, los cuales permitirán una mejor comprensión de la dinámica familiar y las enfermedades crónicas en el adulto mayor:

Familia: Desde una concepción tradicional, se puede observar que “La familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (como lo cita Carbonell, José et al 2012 P.4) Acosta Pech & Bracamontes Grajeda, (2019),(p.63)

Así mismo, es importante mencionar que en la actualidad el concepto de familia presenta una transformación sustancial en atención a los nuevos modelos sociales en que esa se desarrolla, ya no se considera integrada exclusivamente por los parientes y los cónyuges como tradicionalmente se les identificaba, es decir, vinculada por matrimonio y relaciones parentales; ahora y en atención a la dinámica social, se contemplan otras formas de relaciones humanas donde los miembros que la integran se encuentran vinculados por lazos de afecto, de respeto, de convivencia y de solidaridad (Oliva Gómez, E. 2013 P.63) (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2014, p. 15)

Dinámica Familiar: es el clima relacional que se establece entre los integrantes de las familias, es móvil y permanece en un equilibrio inestable y complejo (Demarchi Sánchez et al., 2015, p. 118).

Por otra parte, Gallego (2011), citado por Demarchi Sánchez et al., (2015) afirma que la dinámica familiar son encuentros entre subjetividades determinados por normas, límites y roles que regulan las relaciones familiares; éstas permiten la armonía y sana convivencia(pp. 126-127)

Cuidador: Es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras(Ruiz Ríos & Nava Galán, 2012, p. 163).

Cuidar: Es básicamente la asignación de responsabilidades alrededor de la enfermedad y del paciente, cumpliendo con ciertas obligaciones que son requeridas para garantizar de una u otra forma la calidad en la atención y tratamiento del enfermo. “Un cuidador es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona como un anciano, un bebé, un convaleciente, o una dependencia” (Ruiz Ríos & Nava Galán, 2012, p. 163).

Cuidador Informal: Los cuidadores informales, personificados habitualmente por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes, tienen una elevada responsabilidad afectiva y con asiduidad no tienen límite de horario. Dentro de este grupo suelen identificarse el cuidador principal (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los cuidadores secundarios que no tienen la central responsabilidad del cuidado del adulto mayor, sino que secundan al principal (Gallardo & Rojas, 2016, p. 132).

Cuidador formal: es quien adopta una capacitación teórico práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su ambiente, que apunta a crear habilidades de autovaloración y autocuidado, desenvuelve prácticas, habilidades a través de las tareas habituales como cuidador domiciliario toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan(Gallardo & Rojas, 2016, p. 132).

Envejecimiento: Según Alvarado García & Salazar Maya, (2014), El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano(p. 57).

Adulto Mayor: Según Zavaleta (2012) Se ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60 -65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría (Chakiel; 2000 p.9, como se citó en Ocampo; 2004 p.8) Esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países.

Enfermedades Crónicas: Según la Organización Mundial de la Salud, las condiciones crónicas de salud agrupan a las enfermedades de larga duración, de progresión lenta y son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud por su magnitud, su contribución a la mortalidad general, la incapacidad prematura y, por la complejidad y costo elevado de su tratamiento(Castañeda-Porrás et al., 2018, sec. Introducción).

Salud Mental: La Organización Mundial de la Salud (2009) define que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad(Lopera E., 2015, p. 14).

Depresión: Se caracteriza por presentar sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de que también presenta una incapacidad total o parcial para disfrutar las cosas y acontecimientos de la vida cotidiana. Fernández (2013) menciona que quienes sufren esta enfermedad generalmente presentan desánimo, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que los rodea, trastorno del sueño y el apetito, pérdida de autoestima, e incluso ideas de suicidio. Así, el deterioro mental y la depresión se relacionan con una gran variedad de factores que incluyen causas orgánicas, pobre salud física, pobreza, desamparo y aislamiento social, Así mismo, la OMS (2012) “la depresión es un trastorno mental frecuente,

se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, cansancio, falta de concentración llegando hacerse crónica o recurrente (...)"

Hipertensión arterial: En la práctica clínica, la hipertensión arterial se define como la elevación crónica de la presión arterial (Gamboa Aboado & Rospigliosi Benavides, 2010, sec. La fisiopatología de la hipertensión arterial).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud la define como un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada. La sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo por medio de los vasos sanguíneos. Con cada latido, el corazón bombea sangre a los vasos. La tensión arterial se genera por la fuerza de la sangre que empuja las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) cuando el corazón bombea. Cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear (Organización Mundial de la Salud OMS, 2021, párr. 1).

Diabetes: La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Rojas de P et al., 2012, sec. Definición).

Enfermedad Pulmonar Crónica: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad común y 80 millones de personas la padecen en estado grave o moderado. Se trata de una enfermedad prevenible y tratable (como lo cita Vogelmeier C., et al., 2017), (Folch Ayora et al., 2019, sec. Introducción)

Enfermedad Cardiovascular: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del Corazón y de los vasos sanguíneos (Organización Mundial de la Salud OMS, 2017, párr. 2).

Cambios Comportamentales: Son definidos por García, en el año 2009, como algo que abarca cambios en el estado de salud emocional percibida, hábitos de práctica de actividad física y estado de autoeficacia generalizada.

6.3 Marco Teórico

A continuación, se presenta la exploración de búsqueda teóricas que soportan la investigación y permite una mayor comprensión ante las transformaciones que se pueden presentar en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

6.3.1 Familia

Martínez Tabaco & Sánchez Parra, 2016, refieren que:

Martínez (2003), citado por Crespo Comesaña, (2011) define que la familia no es solamente un grupo de personas que conviven y comparten vínculos de sangre y apellidos. Es también algo más que una organización de individuos que cooperan entre sí. La familia debe ser entendida como una comunidad, como un grupo donde las relaciones entre miembros tienen un profundo carácter afectivo y son las que marcan la diferencia respecto de otro tipo de grupos. Bajo esta perspectiva, las reacciones emocionales en el contexto familiar con una fuente constante de retroalimentación de las conductas esperadas entre los miembros de la unidad familiar (p. 92).

Así mismo, Thomas (2013) citado por Puello Scarpati et al., (2014), señala que la familia tradicional nuclear está desapareciendo y se están generando nuevas composiciones

familiares. No obstante, permanece el modelo de familia tradicional formada por un matrimonio con o sin generación que sigue considerándose como modelo de referencia para una gran parte de la población. Por otro lado, la familia nuclear empieza a abandonar su posición de patrón de referencia en la sociedad debido al incremento de rupturas matrimoniales que han generado nuevos tipos de familias. Esta se caracteriza por ser un grupo integrado por padres e hijos, con roles diferenciados en la pareja parental, clara división del trabajo, siendo el padre el proveedor económico y la madre se dedica a la crianza y educación de los hijos(2014, sec. Introducción).

Por otra parte, García y Constante (2011), citados por Puello Scarpati et al., (2014), expresan que la familia funciona de acuerdo con su tipología estructural, y cuando la familia es uniparental, las reglas, los roles, la jerarquía y la comunicación se ajustan para mantener el funcionamiento y adecuarse a la nueva estructura. Es decir, cuando se produce un cambio, se modifica todo el sistema familiar en sus funciones, roles, actividades e interacciones(p. 228).

Así mismo, es importante mencionar que las reglas de una familia nos permiten a las personas relacionarse, ser comprendidas y anticipar su comportamiento. Por esto, cuando un miembro se desvía de las reglas aparecen mensajes, gestos, etc., que señalan que no se permite y se entra en una zona de alerta que genera estrés y conflictos. Según Olhaberry y Farkas (2012), los comportamientos señalados de las personas por medio de la interacción son una metacomunicación que traduce que se desea que se corrija el compartimiento que no se permite y volver a lo que está permitido(Puello Scarpati et al., 2014, p. 230).

Por otro lado, como lo hacen notar Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016):

Como lo afirman los autores Castro y Seiz (2014) las estructuras familiares, las trayectorias de vida familiar y las relaciones intrafamiliares se encuentran inmersas en un

profundo cambio. Además, mencionan que los cambios a priori acaecidos en las últimas décadas, resultan de los indicadores sociodemográficos, los cuales muestran las dimensiones de los cambios. Entre los cuales están la edad media al primer matrimonio, las tasas de divorcio y la cohabitación que está desplazando rápidamente al matrimonio como vía de formación de pareja entre las generaciones más jóvenes. Los anteriores aspectos aseguran Castro y Seiz (2014), no sólo han diversificado las vías de formación familiar, sino que además implica la formación interna de la familia(p. 19).

Por otra parte, Castro y Seiz (2014) citados por Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016), examinan que la diversidad contemporánea de estructuras familiares, es importante sobre todo en aquellos modelos familiares que, aunque distan de ser mayoritarios, están experimentando un importante aumento en su visibilidad estadística y social, como las familias monoparentales, las familias reconstituidas, las familias homoparentales y las familias multiculturales (p. 20).

Además, Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016) señalan que Aylwin y Solar (2011) acuñan además que la familia tiene una estrecha relación con la sociedad, la política y la cultura: la familia está en el centro de los cambios producidos en el proceso de modernización y globalización y es afectada profundamente por ellos. Si bien como institución pertenece prioritariamente al campo de la cultura, está estrechamente conectada con la economía y la política. En relación con la economía, la familia es productora de bienes y servicios esenciales para la sociedad. En relación con la política, es intermediaria entre los individuos y el Estado y desempeña un papel importante en la estabilidad política y en la educación para la participación ciudadana y la democracia. En relación con la cultura, la familia genera y trasmite valores, tradiciones y formas culturales a través de su esencial tarea

socializadora. En todos estos aspectos, como vimos, los cambios señalados han ejercido su influencia en las funciones familiares(pp. 24-25).

Por último, Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016) también mencionan que:

Razeto (citado en Viveros y Vergara, 2013), señala que al aspecto económico es el soporte material para conservar o mejorar la calidad de vida de la sociedad y la familia; lo que puede hacerse tangible, entre otras cosas, en el uso del tiempo libre, la participación en eventos culturales y recreativos, la mejora de lazos afectivos. Con respecto al asunto financiero, afecta la aplicación de las normas, la autoridad y otros aspectos familiares, deteriorando la convivencia y promoviendo estado de crisis(p. 43).

Por otra parte, Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016) también mencionan que los aspectos externos como el empleo los ingresos económicos, son factores importantes que movilizan cambios significativos en las dinámicas familiares. Y que de acuerdo a las características estructurales propias de cada familia aparecen los conflictos y las singularidades para afrontarlos, estos dependen en singular medida de la manera como las familias estén organizadas para resolver los mismos conflictos que surgen al interior de la misma (como lo citan Viveros y Vergara, 2013) (p. 44).

6.2.1.1 Tipos de Familia

Es importante señalar los diferentes tipos de familia como se mencionan en la cartilla publicada por la Alcaldía de Medellín, (2011) los cuales son:

Familia nuclear: Se considera así al subsistema social que consta de dos adultos de sexo diferente y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos propios o adoptados. Es una unidad económica que la sociedad y la cultura reconocen. Familia extensa: es aquella

constituida por una agrupación numerosa de miembros, caracterizada por tres generaciones en adelante. Además de padres e hijos, incluye abuelos, tíos y primos, y comparten vivienda y economía. Este tipo de familia puede albergar a sus miembros en épocas de crisis, tales como reciente madresolterismo, separaciones conyugales o abandono.

Familia simultánea: Conformada por parejas que tuvieron uniones que concluyeron en ruptura (divorcio, abandono o muerte). A este tipo de familia el cónyuge aporta hijos de uniones anteriores, las funciones económicas se expanden y se reparte la autoridad. A esta familia también se le denomina recompuesta, reconstituida de nupcialidad reincidente y superpuesta.

Familia monoparental: Integrada por un solo cónyuge y sus hijos, surge como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges por fallecimiento, divorcio y madresolterismo o padresolterismo.

Familia homoparental: Es aquella conformada por una pareja del mismo sexo. Actualmente sólo tiene reconocimiento legal en el sistema de seguridad social.

Familia singularizada: Se trata de una pareja heterosexual que ha tomado la decisión de no tener hijos. Es una familia netamente urbana.

Familia fraterna: Es la constituida por un grupo de hermanos solos, luego del fallecimiento o abandono de padres o cuidadores.

Familia comunitaria: Se constituye cuando en una vivienda se agrupan personas sin vínculo de consanguinidad o afinidad y se distribuyen gastos y roles. Comparten instalaciones, recursos, experiencias y aportan una mensualidad. Otras formas de llamarla pueden ser: familia cooperativa, familia colectiva(pp. 7-8).

6.3.1.2 Funciones generales de la Familia

En relación con las funciones generales de la familia, publicados en la Cartilla Módulo Dinámica Familiar de la Alcaldía Municipal de Medellín están, entre otros:

Función biológica: Es la primera de las funciones de la familia y se encamina a que ésta crezca y mantenga la especie, por medio de la reproducción y la crianza de los hijos y el suministro de elementos biológicos, recursos materiales indispensables para la subsistencia y la satisfacción de necesidades fisiológicas que garanticen el desarrollo adecuado de cada miembro del grupo familiar.

Función socializadora: La familia es la encargada de transmitir valores, actitudes éticas, modelos de comportamientos, establecer límites, normas y estrategias de sobrevivencia. Mediante esta función socializadora se prepara a los hijos para el ingreso al mundo macrosocial y a vivir de acuerdo con las pautas establecidas por la familia y la sociedad. Dicho proceso de socialización es continuado luego por la escuela. En la socialización se abarcan el pleno desarrollo humano en todos los aspectos: cognitivo, afectivo, lenguaje y valores, los cuales influyen en las relaciones intra y extrafamiliares

Función económica: Está encaminada a favorecer la subsistencia de los miembros de la familia, a partir de la provisión de los recursos materiales requeridos para la satisfacción de las necesidades básicas.

Función afectiva: Por medio del afecto, en la familia se proporciona a cada uno de sus miembros seguridad, apoyo, comprensión, lo cual da las bases para una adecuada conformación de la personalidad, afianzando la autoestima y el respeto por el otro.

De esta manera es importante mencionar que las funciones de la familia son de carácter universal, al igual que las cinco áreas en que se desenvuelve el grupo familiar, para

hacer más asertivo el desempeño de tales funciones, estas cinco áreas son: social, económico-laboral, de la casa o doméstica, de los hijos y sexual. Dentro de cada área deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos que ayudan a un mejor funcionamiento de las familias. Sin embargo, es importante resaltar que dentro de cada una de las áreas expuestas deben propiciarse consensos y negociaciones, dependiendo de la etapa del ciclo vital que atraviese la familia(p. 6).

6.3.1.3 Dinámica Familiar

Gallego (2012) citado por Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016) menciona que la dinámica familiar se convierte en un tejido de relaciones y vínculos, en lo que la colaboración y el intercambio, poder y conflicto se genera entre padres e hijos. De esta manera la autora concluyo en argumentar que la dinámica familiar es un encuentro de subjetividades, mediados por normas, limites, jerarquías y roles y regulan y permiten el funcionamiento de la convivencia en las familias(p. 61)

Dentro de las dinámicas familiares encontradas a lo largo de la nación, Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016) resaltan un factor importante en algunas investigaciones tuvieron en cuenta el ingreso familiar. Se encontró que las familias tienen afectación en gran medida en sus dinámicas internas, como además no les permite alcanzar un óptimo desarrollo familiar. De ahí que el soporte económico o material, es indispensable para mejorar la calidad de vida de los hogares. Cuando la familia carece de lo económico se afecta la aplicación de las normas, la autoridad, deteriorando la convivencia y promoviendo estados de crisis Razeto (como se citó en Viveros y Vergara, 2013) (p. 75).

Por otra parte, Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016) expresan que los aspectos relacionados con los límites difusos en las dinámicas familiares, conllevan a relaciones tensas

en las familias. Por lo tanto, cuando no hay un adecuado funcionamiento y las dinámicas no son armónicas, inflexibles o existe rigidez o demasiada flexibilidad en los límites y roles difusos, hay una predisposición desfavorable para la familia, cuyo desequilibrio afecta multidimensionalmente a todos los miembros de diferentes maneras (como se cita en Silva et al., (2011), Gallego, (2012) y Ortega y Bolaño, (2011))(p. 63).

Por consiguiente, es importante señalar los aspectos que componen la dinámica familiar como se mencionó en la cartilla publicada por la Alcaldía Municipal de Medellín los cuales son:

6.3.1.4 Normas

Pauta que determina el comportamiento de un sujeto frente a diferentes circunstancias que se le presentan y que le exigen una posición. Las normas definen qué está permitido y qué prohibido, señalando correctivos cuando no sean acatadas. Las normas pueden ser explícitas e implícitas.

Normas explícitas: son claras, mediadas por la palabra y por la escucha. Implican un intercambio funcional de información en que la comunicación es directa, hay acuerdos y coherencia entre la comunicación verbal y no verbal. Las interacciones son de forma circular y se establecen relaciones simétricas y complementarias.

Normas implícitas: los miembros de la familia no recurren a la palabra como elemento básico en su estilo de comunicación y, en su lugar, cobra importancia el lenguaje no verbal. Este tipo de normas parten de supuestos. Las emociones y el afecto se sobreentienden siendo poco usual hacerlos explícitos.

Autoridad: Se entiende en la familia como un poder legítimo que tienen las figuras parentales o sus sustitutas, que les permite cumplir funciones de dirección, protección,

educación y formación de los hijos. De esa manera, se busca que su crecimiento se dé en un ambiente propicio que posibilite la asimilación y la incorporación a su comportamiento habitual de las normas y los valores sociales.

La autoridad es el eje conductor que integra y guía el cumplimiento de todas las funciones familiares a través del control y debe ser llevada por el subsistema parental en conjunto. En caso de que éste no se encuentre completo, uno de los progenitores o sustitutos le corresponde asumir la autoridad para dinamizar las relaciones con el subsistema parento-filial.

Afectividad: Es el nivel de intimidad y apego que se da entre los miembros de una familia. Se expresa en la preocupación mutua por las necesidades de todos y cada uno y es la principal fuerza de cohesión de la familia. En la vivencia del afecto, las personas pueden estar expuestas a rechazo, sobreprotección o aceptación. Esta última categoría es la adecuada, en especial para niños y niñas, en tanto garantiza que cada persona se sienta reconocida en su individualidad, amada y protegida.

Roles: De acuerdo con Edison y Arias, antes de abordar el concepto de rol es importante mencionar el término estatus, el cual lo definen ordinariamente como el nivel o posición de una persona en grupo, o de un grupo con relación a otros. Entonces el rol es el comportamiento esperado de una persona que adquiere un estatus en particular: un estatus es una serie de privilegios y obligaciones; y un rol es el desempeño de esta serie de privilegios.

Los roles traen consigo una medición cultural que condiciona a un sujeto para comportarse de una u otra manera en una sociedad. De acuerdo con esto, existen diferencias en la forma cómo la cultura enseña a un hombre y a una mujer un modelo de comportamiento. Ellos tienen específicamente tareas y responsabilidades que los ubican en una función

determinada, haciéndolos diferentes. Para que una familia pueda convivir de una manera adecuada, cada miembro debe conocer su rol y ponerlo en práctica

Límites: Es aquella región o sector que sirve de barrera de diferenciación entre los integrantes de una familia. Los límites son el vacío en que se permite la protección sin perder la individuación y diferenciación de quienes conforman el grupo familiar.

Los límites hacen posible la confrontación con fronteras que exigen respeto y aceptación al interior de la familia. Los límites de una familia pueden ser claros o difusos, aglutinados o desligados: Límites claros: permiten una diferenciación de los componentes y funciones de cada miembro de la familia, dejan actuar permeable y flexiblemente. Límites difusos: se presentan cuando la familia no ejercita la palabra y la escucha para no aglutinarse o desligarse, es decir, cuando las fronteras no se han practicado mediante la reflexión y la interpelación. Límites desligados: se evidencian cuando hay poco deseo de protección entre los miembros de la familia.

Comunicación: En la familia es un proceso por el cual todos sus integrantes entran en contacto para compartir mensajes y expresarse mutuamente afectos. Por tanto, la comunicación sirve al propósito de unir y mantener en armonía a sus miembros, les ayuda a superar conflictos y dificultades y, ante todo, les permite establecer un contacto afectivo permanente.

6.3.2 Cuidador

6.3.2.1 Cuidador Informal

Según el Diccionario de la Real Academia Española señala que Cuidador/ra, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí.

Existe cierta unanimidad a la hora de definir el término, según Wright (1987), citado por Zapata Dusán, 2019, p. 12), el cuidador informal, se define como:

“La prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”, aunque esta definición es una de las más utilizadas al final ofrece pocos matices, y se queda corta para los rápidos avances y cambios que se dan en la sociedad. Por lo tanto, la definición sigue resultando algo ambigua y muy genérica, y no llega a establecer claramente los límites de la duración de los cuidados, ni tampoco aporta una información precisa sobre la figura que representa el cuidador informal. Así mismo en el Libro Blanco de la Dependencia (2005) va más allá, aportando una definición más completa de lo que significa el cuidado familiar de una persona dependiente, y lo define como “el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración”. En este sentido, esta definición complementa la introducida anteriormente por Wright, ya que integra el carácter temporal de los cuidados y la relación afectiva que se da entre el sujeto de cuidado y el cuidador(p. 13).

Desde el enfoque antropológico, según Ruiz Ríos & Nava Galán, (2012, se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. Esta definición expresa la necesidad de tener en cuenta diferentes grados de responsabilidad en el cuidado de personas adultas mayores y la

consecuente diferenciación entre cuidadores directos e indirectos. La función principal del cuidador informal permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone (p. 164)

6.3.2.2. Cambios en la Vida del Cuidador

La vida de quien atiende a un paciente con enfermedad crónica puede verse afectada de muchas maneras. “Es frecuente que experimenten cambios en las siguientes áreas: en las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo” (Ruiz Ríos & Nava Galán, 2012, p. 168).

A nivel familiar: Es posible que aparezcan conflictos por el desacuerdo entre el cuidador principal y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos y otros hacia el paciente, o por la forma en que se proporcionan los cuidados, el cual implica varias tareas, tiempo y dedicación. Un tiempo y una dedicación que en ocasiones los demás familiares echan de menos para ellos. De igual forma, los cambios internos que se deben realizar en la estructura familiar ocasionan desestabilidad, nuevas responsabilidades, entre otras situaciones.

De acuerdo con Crivello, (2013):

Las enfermedades crónicas generan incertidumbre para los pacientes y cuidadores, convirtiéndose esto en un problema familiar más que individual, donde cada uno de los miembros, y la familia como un todo, vive una serie de cambios impredecibles a lo largo de la experiencia(p. 27).

A nivel laborales: Para algunos cuidadores es conflictivo mantener un empleo a la vez que se encargan de las tareas de cuidado, debido a que en ocasiones tienen la

sensación de abandonar al paciente para ir al trabajo y en otras la de estar incumpliendo con las actividades laborales. También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos o porque aumentan los gastos derivados de la enfermedad, “la familia experimenta una merma en su economía al destinar un porcentaje mayor de sus ingresos a medicamentos y dietas”(p. 31).

En la salud: Algo frecuente en los cuidadores es el cansancio físico y que su salud se vea afectada, debido a que al estar sometidos a un esfuerzo físico mayor no es sorprendente que aparezcan problemas de salud.

Según el estudio realizado por Galvis-López, Aponte-Garzón, & Pinzón-Rocha (2016), debido a que la cronicidad implica hacerse cargo de la persona enferma por periodos prolongados y genera en la salud física del cuidador problemas como fatiga, dolor, cambios en el apetito y en el dormir, mareo, náuseas, dolor de cabeza, de espalda, de piernas, sensación de cansancio, pérdida energía, alteraciones en el patrón de sueño, astenia y fatiga crónica alteraciones osteomusculares y cardiovasculares(p. 109).

En el estado de ánimo: A nivel psicológico se puede observar un estado de ánimo triste, sentimientos de desesperación, indefensión, desesperanza, enfado e irritabilidad, preocupación e incluso, ansiedad. Esta situación aparece de forma gradual y va cambiando a lo largo del tiempo. Este hecho ocasiona que el cuidador tenga que redirigir sus atenciones constantemente, adaptándose a la situación de la persona que cuida en cada momento. Sin embargo, también es probable que muchos cuidadores experimenten sentimientos positivos, debido a que cuidar a un paciente con cáncer puede ser, a pesar de las dificultades y de la situación, una experiencia muy

satisfactoria para el cuidador. “La persona a la que se cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Hay quien cree que ofrecer estos cuidados es una obligación moral y cumplir con ello lo hace sentirse satisfecho” (como lo citan Rios y Nava, 2012, p.168).

Estrés: La definición que puede darse de estrés es variable, dentro del enfoque cognitivo conductual y de acuerdo a las afirmaciones de Oblitas (2017), citado por (Beltrán, 2020), “no es un estímulo sino una respuesta, es decir el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental” (p. 21). En este orden de ideas, es la respuesta que se da a eventos indeseables del exterior, que provoca en los seres humanos una reacción que generalmente no es controlada. Oblitas (2017) informa que dicha reacción se da en tres fases: “reacción de alarma, fase de resistencia, y en caso de que el estrés persista, estadio de agotamiento” (p.21)(p. 44).

Se ha podido confirmar que el estrés percibido por el cuidador conlleva una “carga” que produce síntomas a nivel físico y emocional, afectando a las relaciones sociales y actividades de ocio. Este efecto se relaciona con el grado subjetivo de insatisfacción o desagrado provocado por la asistencia prestada (como lo citan Mesa, Ramos y Redolat, 2017, p.96) (Beltrán, 2020, p. 45).

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) “las personas cuidadoras familiares o informales, quienes pueden presentar desgaste físico o emocional asociado al desconocimiento de la enfermedad, el cual puede producirse por la falta de información o de preparación para afrontar las condiciones asociadas a la misma” (p.18) (Beltrán, 2020, p. 61)

6.3.2.3 Cuidadores de Adultos Mayores Enfermos

En relación con los cuidadores de adultos mayores enfermos, Beltrán, (2020) hace mención que:

La presencia de un enfermo en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles, tareas y patrones de conducta entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar los requerimientos de cuidado. Estos cambios pueden generar crisis que ponen en peligro la estabilidad de sus integrantes y la del cuidador principal (como lo citan Vega, Ovallos y Velásquez, 2012, p.89)(p. 12).

La responsabilidad del cuidado de una persona con enfermedad crónica implica que el cuidador maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona que está a su cargo y que dedique parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida (Como lo citan Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011, p.31)(p. 15).

Es importante que la persona que cuida también se cuide y sea cuidada para disminuir los padecimientos que acarrea tener este rol y estar al frente de las decisiones que se requieren frente al enfermo, que se estudien sus limitaciones, necesidades y el apoyo que requiere para cumplir las demandas solicitadas. A nivel internacional, se encuentra que: En el cuidador principal contrae una gran carga física y psíquica, que puede generar diversas consecuencias, como cefaleas, agotamiento, descuido de la imagen personal, abandono ocupacional, entre otras, asociadas al esfuerzo y a las percepciones negativas del cuidador. Además, se responsabiliza de la vida del enfermo y va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo

cada vez le absorbe más (como lo citan Garzón, Pascual y Collazo, 2016, p.392)(pp. 16-17).

Así mismo, es importante comprender los cambios que ocurren en el sistema familiar a raíz de la enfermedad, tal como lo afirma Spilkin y Ballantyne (2007) “es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que, al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema” (Orozco y Castiblanco, 2015, p. 206). Esta situación, genera en la familia nuevas formas de relacionarse, nuevos roles y responsabilidades al ser necesario afrontar una serie de eventos estresantes alrededor de la enfermedad, tratamiento y las consecuencias que esto implica, donde el sistema familiar puede buscar estrategias de afrontamiento para hacer frente a la situación ocurrida (p. 34).

Una familia abierta y flexible a los cambios, tiene mayor posibilidad de buscar un estado de equilibrio y estabilidad; cuando se ven alcanzados por crisis vitales como por ejemplo adolescencia o adultez, o crisis circunstanciales como enfermedades, separaciones, o afrontamiento de duelo. La familia “se verá obligada a tomar decisiones muy importantes y difíciles, tendrá que reorganizarse, y por sobre todas las cosas, tendrá que replantear sus expectativas, adecuando sus metas y objetivos a la nueva situación” (como lo cita Crivello, 2013, p.31)(p. 35).

Por otra parte, en Colombia, a pesar de que la Corte Constitucional sentenció en 2011 que las uniones homosexuales constituyen familia y se dio reconocimiento a esta figura en instituciones como la seguridad social, asistencial, pensión alimentaria, entre otras, se evidencia que subsiste una marcada diferencia entre la familia homoparental y la familia matrimonial heterosexual, respecto de las habilidades y

capacidades para criar hijos (como se cita en Ahammed, Colorado, Quintero y Mesa, 2019, p. 82)(pp. 36-37).

6.3.2.4 Enfermedades Crónica No Transmisibles

Castillo Kohatsu, (2011, menciona que:

las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En el año 2002, representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo; para el año 2020 se espera que estas cifras asciendan a 73% y 60%, respectivamente (como lo cita Yach, D., et al., 2004) (p. 17)

Por otro lado, informa que las enfermedades crónicas no transmisibles comprenden enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, el accidente cerebro vascular, entre otros); asma, diabetes mellitus. Los principales factores de riesgo para estas enfermedades son el sobrepeso, la mala alimentación, el sedentarismo, el alcoholismo y consumo de tabaco, los cuales son modificables (p. 17)

6.3.2.4.1 Enfermedades Cardiovasculares

Como dice Castillo Kohatsu, (2011)¹, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son aquellas que afectan al sistema cardiovascular, es decir, corazón y vasos sanguíneos. Son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia y suponen la primera causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados y su incidencia aumenta progresivamente en los países en vías de desarrollo(p. 18)

6.3.2.4.2 Hipertensión Arterial

Castillo Kohatsu, (2011) se refiere a la Hipertensión Arterial como un Síndrome, una enfermedad y un factor de riesgo. Se trata de un Síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas (Na, K, Cl) y a nivel de membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatogenia. Por consiguiente, cabe señalar que es el factor de riesgo más importante de la Cardiopatía Isquémica y muy especialmente del Infarto del Miocardio, también lo es de la Enfermedad Cerebro Vascular, así como de la Insuficiencia Renal y de la Insuficiencia Arterial Periférica. Es una Enfermedad, con su historia natural típica y sus complicaciones. (p. 18)

Tipos de hipertensión arterial

Según National Institutes of Health, 1993, citado en Castillo Kohatsu, 2011, menciona los diferentes tipos de hipertensión arterial, los cuales son:

Hipertensión Arterial Sistólica Aislada: Se define como una Tensión Arterial (TA) sistólica de 140 o más y TA diastólica menor de 90 (Este tipo de HTA es muy frecuente en los Ancianos)

Hipertensión Limítrofe o Limite: Es un sub grupo caracterizado por la Guía de la OMS – SIH (Sociedad Internacional de Hipertensión) como cifras de TA diastólicas mayores de 140 y menores de 149 y cifras de TA sistólicas menores de 94 y mayores de 90.

Hipertensión Arterial Esencial, Primaria, Idiopática: es la hipertensión sistémica de causa desconocida. Más del 95% de los casos de HTA caen en esta categoría.

Hipertensión Arterial Secundaria: es la hipertensión sistémica de causa conocida. Su importancia radica en que algunas de las causas pueden ser curables quirúrgicamente o con medidas específicas.

Hipertensión Maligna: es el síndrome de marcada elevación de las cifras de TA (diastólica usualmente mayor de 120) con sintomatología variable fundamentalmente neurológica.

Hipertensión Acelerada: Síndrome de tensión arterial muy alta acompañada de hemorragias y exudados en el fondo de ojo (Retinopatía grado 3 K – W – B)

Hipertensión Complicada: Hipertensión en que existen pruebas de daño cardiovascular relacionado con la elevación de la tensión arterial(pp. 19-20).

6.3.2.4.3 Diabetes Mellitus

En relación con la diabetes mellitus (Rojas de P et al., 2012) mencionan que:

es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos(2012, sec. Definición).

Clasificación

Incluye diversos tipos de diabetes y otras categorías de intolerancia a la glucosa.

Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. Tal destrucción en un alto porcentaje es mediada por el sistema inmunitario, lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos: Anti GAD (antiglutamato decarboxilasa), anti insulina y contra la célula de los islotes, con fuerte asociación con los alelos específicos DQ-A y DQ-B del complejo mayor de

histocompatibilidad (HLA). La DM1 también puede ser de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos antes mencionados da resultados negativos.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción.

Diabetes mellitus gestacional (DMG): Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada. (sec. Clasificación)

6.3.2.4.4 Depresión en Adultos Mayores

La prevalencia de la depresión en adultos mayores es menor que en otros grupos de edad, sin embargo, su impacto es considerable. Los estudios que han utilizado criterios para la prevalencia de depresión mayor han encontrado prevalencias entre el 1 y el 3%. Mientras que los estudios que han utilizado herramientas exclusivas para los adultos mayores han encontrado prevalencias de 11 al 16%.

Lo más importante es que la depresión disminuye la expectativa de vida en 6,5 años cuando se presenta en pacientes jóvenes y en 2,2 años en pacientes mayores. La depresión aumenta el riesgo de mortalidad en adultos mayores con riesgos relativos (RR) que varían entre 1.5 y 2.5. Se ha asociado a múltiples comorbilidades. La presencia de enfermedades crónicas es un factor de riesgo para la depresión OR 1.53. Algunos estudios han mostrado que los pacientes con depresión tienen más riesgo de presentar alteraciones cardiovasculares y cognitivas y puede representar una fase prodrómica de la demencia (como lo citan

Alexopoulos et al. (2002), Roberts, George, Shema y Strawbridge (1997)). La depresión en adultos mayores se comporta diferente a la de pacientes jóvenes. Los adultos con depresión refieren más síntomas como pérdida de apetito pérdida de interés en actividades sexuales y menos síntomas de tristeza, aburrimiento y miedo. La depresión en los adultos se conoce por algunos autores como la depresión sin tristeza (como lo citan Alexopoulos et al. (2002), Steffens (2009) y Schulz, Drayer y Rollman (2002))(Aldana Olarte & Pedraza Marín, 2010, pp. 8-9)

6.4 Marco Contextual

La presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Armenia, la cual es un municipio colombiano en el departamento del Quindío. La ciudad está situada en las coordenadas 4,5170 ° de latitud norte, 75,6830 ° oeste, a 290 kilómetros al oeste de Bogotá.

Armenia fue fundada el 14 de octubre de 1889 por Jesús María Ocampo Toro, Alejandro y Jesús María Suárez. Recibe su nombre de una hacienda que existía en la región. Es reconocida por la pujanza y amabilidad de sus gentes y fue bautizada "La Ciudad Milagro" por Guillermo León Valencia por su gran crecimiento urbano y desarrollo en corto tiempo.

Como se mencionó anteriormente, el municipio de Armenia esta situado en el departamento del Quindío, el cual cuenta con uno de los índices más altos de envejecimiento, donde según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE,2019) el Quindío prevalece con un 18.7% personas mayores, así mismo, es importante tener en cuenta que un aproximado de adultos mayores en el departamento del Quindío para el año 2020 es de 110.061.027(Ministerio Salud y de la Protección Social de Colombia, 2020, p. 81).

Por otra parte, en el Quindío, para los hombres las enfermedades isquémicas del corazón presentaron una participación del 18,7%, para las mujeres, las enfermedades

isquémicas del corazón alcanzaron el 16,7% del total de las muertes, seguidas de las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores con el 8,5%. Además, la diabetes mellitus presentaron un 3.6 % de prevalencia en los hombres y un 4.8 % en las mujeres.

En consecuencia, en Armenia, las principales causas de defunciones son las enfermedades isquémicas del corazón, con un 17,8%, seguidas de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores que concentran el 6,6%. (Ministerio Salud y de la Protección Social de Colombia, 2020, p. 81) por lo que nuestra población objeto serán cuidadores de adultos mayores que padecen alguna enfermedad crónica, de los barrios Granada, Limonar, Providencia, Fundanza, El Modelo y Monteblanco de la ciudad de Armenia.

6.5 Marco Legal

6.5.1. Ley 1850 de 2017

Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

Art. 8 Inclúyase en el artículo 7o de la Ley 1251 de 2008 (Objetivos de la Política Nacional de Envejecimiento Vejez), el siguiente numeral:

10. Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental (República de Colombia & Congreso de la República, 2017).

6.5.2 Ley 2055 de 2020

Por medio de la cual se aprueba la «convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015.

Art. 12 La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión(Ley 2055 de 2020, 2020).

6.5.3 Proyecto de Ley 169 de 2019

Por el cual se garantizan los derechos de los cuidadores familiares de personas dependientes, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Art. 1 Objeto. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores familiares de las personas que dependen de ellos por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, para realizar las actividades esenciales de su vida diaria(Proyecto de Ley 169 de 2019, 2019).

6.5.4 Resolución Número 005928 de 2016

Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio

excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Art. 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos específicos adicionales a los ya previstos en las Resoluciones 5395 de 2013 y 3951 de 2016, según corresponda, para el reconocimiento y pago a partir del 1 de diciembre de 2016, de los servicios de cuidador ordenados mediante fallo de tutela a las entidades recobrantes a través el mecanismo de cobro/recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces(Resolución número 005928 de 2016, 2016).

6.5.5 Ley 1751 de 2015 “Ley Estatutaria de Salud”

Por medio de la cual se protege y garantiza el derecho fundamental a la salud. En el artículo 11 se estipula que las personas en condición de discapacidad se encuentran en especial protección por parte del estado y “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”(Ley 1751 de 2015, 2015)

6.5.6 Ley 1616 de 2013

Por medio de la cual se expide la ley de salud mental con el objeto de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, mediante la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada en salud mental en el marco del SGSSS"(República de Colombia & Congreso de la República, 2013).

6.5.7 Ley 1438 de 2011

"Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

En el Artículo 65 de la ley se establece la: " Atención integral en salud mental. Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental(Ley 1438 de 2011, 2011)."

7. Metodología

El presente estudio es de enfoque cualitativo, según Villegas & González, (2011), la naturaleza de la investigación cualitativa la conforma la vida cotidiana de las personas, las comunidades y la sociedad en general(p. 36). Es importante mencionar que algunas veces todos los hechos que hacen parte del diario vivir no siempre son percibidos, o sea que pasan inadvertidos y no se les da un valor que puede adquirir a partir de un proceso investigativo. Así mismo, para Gonzales (2013 pág. 6), la investigación cualitativa tiene como propósito la construcción de conocimiento sobre la realidad social, a partir de las condiciones particulares y la perspectiva de quienes la originan y la viven; por tanto, metodológicamente implica asumir un carácter dialógico en las creencias, mentalidades y sentimientos, que se consideran elementos de análisis en el proceso de producción y desarrollo del conocimiento con respecto a la realidad del hombre en la sociedad de la que forma parte.

Por otra parte, es importante mencionar que el estudio de esta investigación es descriptivo, consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores, Así mismo, el objetivo de esta consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables (Morales, 2012).

Igualmente, se sustenta una investigación fenomenológica ya que como lo señala Rizo- Patrón (2015), la fenomenología conduce a encontrar la relación entre la objetividad y subjetividad, que se presenta en cada instante de la experiencia humana. La trascendencia no se reduce al simple hecho de conocer los relatos u objetos físicos; por el contrario, intenta

comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general como cito (Fuster, D. 2019.)

7.1 Unidad de Análisis

La unidad de análisis objeto de estudio de esta investigación correspondió a catorce (14) cuidadores principales de adultos mayores con enfermedad crónica, residentes en la Ciudad de Armenia Quindío.

7.2 Muestra

Es importante mencionar que tanto la unidad de análisis como la muestra tuvo el mismo número de cuidadores principales de adultos mayores con patología crónica, en el cual la obtención de estos datos fue proporcionada por catorce (14) cuidadores residentes en la ciudad de Armenia Quindío.

Es por esto que la **muestra** de este estudio se obtuvo por medio de la **técnica de bola de nieve** la cual como lo definen Atkinson & Flint, 2001, citados por Baltar & Gorjup, (2012) como: “una técnica para encontrar al objeto de investigación. En la misma, un sujeto le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente”. Este método suele asociarse a investigaciones exploratorias, cualitativas y descriptivas, sobre todo en los estudios en los que los encuestados son pocos en número o se necesita un elevado nivel de confianza para desarrollarlas(p. 131)

7.3 Técnicas de recolección de datos

Para el proceso de recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada acorde a los objetivos planteados en la investigación La entrevista semiestructurada de investigación es un instrumento capaz de adaptarse a las diversas

personalidades de cada sujeto, en la cual se trabaja con las palabras del entrevistado y con sus formas de sentir, no siendo una técnica que conduce simplemente a recabar datos acerca de una persona, sino que intenta hacer hablar a ese sujeto, para entenderlo desde dentro (Corbetta, 2007, pp. 72-73)

De esta manera la investigación se realizó en la ciudad de Armenia – Quindío, en los hogares (domicilios) de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica, así mismo, es importante aclarar que las entrevistas fueron aplicadas únicamente al cuidador. Cabe señalar que se realizaron llamadas con antelación a la entrevista para concertar el día y la hora con el cuidador, y una vez concertada el día y la hora antes de aplicar la entrevista se aplicó el consentimiento informado con el fin de evitar inconvenientes, en los casos de que las personas se negaron a la entrevista se procedió a buscar nuevos participantes para la investigación.

Así mismo, es importante mencionar que la prueba piloto permitió evidenciar que la entrevista tiene una duración de 15 a 20 minutos por participante, sin embargo, si algún participante requirió de más tiempo para realizar la entrevista esta se prolongó hasta el tiempo que ellos necesitaron.

7.4 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto por parte del equipo investigador, el día 18 de noviembre del año 2021, en donde se les garantizó a los participantes la confidencialidad de los datos. Por consiguiente, se les informó que los datos proporcionados por ellos no se considerarían en la prueba final, por ende, el nombre no se hizo público en ningún momento. La prueba se realizó a participantes ajenos a la población objeto de estudio de la presente investigación, Malhotra, (2004, p. 301) define la prueba piloto como la aplicación de un cuestionario a una

pequeña muestra de encuestados para identificar y eliminar los posibles problemas de la elaboración de un cuestionario.

Una vez realizada la prueba, los resultados obtenidos permitieron identificar que las preguntas realizadas en la entrevista semiestructurada son claras y de fácil entendimiento, además es un instrumento de fácil aplicación y sencillo.

7.5 Sistematización

Para la sistematización de los datos se diseñó una matriz de transcripción general de datos por cada uno de los participantes producto de la aplicación de la entrevista, luego se construyó una segunda matriz de transcripción de compendio general de cada una de las entrevistas que permitieron de manera holística la comprensión de las preguntas con sus respuestas e interpretación de los datos obtenidos de tal manera que permitieron un análisis particular y global de los objetivos a alcanzar, tanto general como específicos además de las conclusiones y recomendaciones.

Cabe anotar que la entrevista se llevó a cabo mediante grabación sonora con el fin de brindarle la oportunidad al cuidador de expresar libremente cada una de sus respuestas, una vez se aplicó la entrevista, el equipo investigador procedió a la transcripción encomillada de cada una de las preguntas para así poder realizar la sistematización en la matriz correspondiente. Una vez terminada todas las transcripciones y la sistematización de las respuestas, se procedió a dar continuidad al análisis de cada respuesta y así identificar las categorías y subcategorías centrales y emergentes, como los aspectos claves para el análisis e interpretación de los datos acorde a las preguntas de investigación y objetivos de la misma.

Respecto al manejo de la información, este fue exclusivamente administrado por las investigadoras con fines solamente académicos, respetando siempre el principio de

confidencialidad y la privacidad de los datos de la caracterización, cabe señalar que todas las entrevistas aplicadas fueron guardadas en una carpeta privada a nombre de las investigadoras con su respectiva contraseña.

7.6 Análisis e interpretación de la información

Para la comprensión, e interpretación de los datos recolectado, fue vital el diseño de la organización de los datos en las matrices mencionadas en el punto de la sistematización, ya que no solo se centró la mirada en cada una de las entrevistas, sino que posibilitó una lectura general de cada una de las preguntas registradas en las entrevistas, es decir, de cada uno de los entrevistados. Esta interpretación de 40 preguntas sirvió de apoyo para la comprensión totalizadora de la investigación.

De esta manera, es importante resaltar que estas matrices se realizaron según las características propias de la información recolectada como lo fueron las características sociodemográficas del cuidador, los cambios comportamentales y emocionales del cuidador, y por ultimo las alteraciones al interior de la dinámica familiar.

7.7 Resultados de la Investigación

Por otra parte, los resultados de la investigación se dividieron en resultados directos e indirectos. Como resultados directos se realizó el informe final para el programa de Gerontología y por ende para la Universidad del Quindío, así mismo, se elaboró un informe ejecutivo para los participantes de la investigación.

Conviene subrayar que los resultados indirectos de esta investigación servirán de apoyo para contribuir a la línea de investigación del programa y por ende para afianzar las prácticas, como para las investigaciones a futuro de esta línea de trabajo

7.8 Aspectos éticos y bioéticos

1. Explique cómo su proyecto es técnica y éticamente correcto.

La investigación propende dar cumplimientos a los principios éticos de respeto, cordialidad, compromiso profesional, para que los entrevistados encuentren un ambiente agradable de confianza para responder a la entrevista semiestructurada, de tal manera que contribuyan al enriquecimiento de la investigación, es de anotar que el equipo investigador brindó toda la confianza guardando los resultados estrictamente por un período de dos años con propósitos netamente académico.

Técnicamente el proyecto cumple con todos los parámetros universales de la investigación científica sometido a Pares internos del programa de Gerontología y ante el comité de bioética de la facultad para su cualificación y pertinencia.

2. Protección de la integridad y la seguridad de los investigadores, demás vivientes directamente involucrados en los procesos y procedimientos de investigación, y el entorno social y ambiental ¿Se conocen, se manejan y aplican las normas relacionadas con dicha integridad y seguridad?

Por otro lado, para la recolección de datos de la presente investigación se solicitó por medio del consentimiento informado a los cuidadores de adultos mayores con patología crónica autorizar el manejo de los datos solicitados, esto con el fin de brindarles una garantía de que su información personal no será divulgada durante la investigación

3. Mencionar y precisar qué impactos negativos (efectos adversos, efectos secundarios, etc.) podría tener su proyecto y cómo los minimiza.

De esta manera la investigación no presentó impactos negativos desde ningún punto de vista por el cumplimiento técnico y ético de la misma, además se cumplió con todos los protocolos de bioseguridad (uso de tapabocas, distanciamiento social y alcohol).

4. Custodiar la información sensible

Por ende, para el manejo de esta información se tuvo como principio la confidencialidad de la información, en donde al momento de realizar la entrevista sus datos solo fueron manejados por las investigadores y dichos resultados se dieron a conocer por un análisis en el cual no se divulgaron nombres de las personas entrevistadas.

5. Acerca de los conflictos de interés que puedan comprometer la confiabilidad del trabajo en propuestas de investigación, publicaciones y comunicaciones públicas

La presente investigación no tiene ningún tipo de interés (conflicto). Una vez terminadas las entrevistas, en agradecimiento por la participación se les entregó un resumen referente a los resultados obtenidos de la investigación a los cuidadores.

De manera que se tendrá en cuenta la Declaración de Singapur sobre Integridad Científica se plantea que: "...los investigadores deberían asumir la responsabilidad por sus contribuciones a todas las publicaciones, solicitudes de financiamiento, informes y otras formas de presentar su investigación". Por lo anterior, lo invitamos a reflexionar sobre los siguientes aspectos en su proyecto de investigación de acuerdo con los criterios y principios propios del campo disciplinar:

- Honestidad
- Responsabilidad

- Imparcialidad
- Reconocimiento al trabajo del otro
- Buena gestión
- Verosimilitud
- Adecuación empírica
- Precisión
- Rigor
- Coherencia y viabilidad
- Repetibilidad de observaciones
- Instrumentos y técnicas acordes con la metodología
- Propiedad intelectual

Note que toda acción, incluyendo la actividad tecno-científica, implica beneficios, riesgos y costos. Asegúrese de conocer la normatividad actualizada relacionada con el proyecto.

Ruta Bioética

1. Ser reiterativo en el propósito de la investigación, que será exclusivamente de estricto cumplimiento académico, al igual que se cumplirá el principio de confidencialidad con el propósito de dar confianza al cuidador, esto permitirá al entrevistado tener una mirada colaborativa, dando importancia a sus respuestas ya que la información que brinde, contribuirá al conocimiento científico del tema a tratar
2. En caso de presentarse algún tipo de expresión emocional (como llanto) de manera inmediata se suspenderá la entrevista y se entrará a escuchar los sentimientos que

- desencadenaron dicha emoción, así mismo, se brindara acompañamiento desde la Gerontología, brindando recomendaciones para minimizar el problema expresado
3. Por otra parte, si se identifica que el problema expresado requiere de ayuda profesional se recomendará acudir a profesionales (ejem, Psicólogo, Gerontólogo) cuando lo crea necesario
 4. En caso de que la persona crea conveniente se continuara con la aplicación de la entrevista en el mismo momento o se fijara otro día en el que se pueda proseguir con la entrevista
 5. Si la persona desea retirarse de la participación en la investigación, no habrá ningún problema, si este es el caso, se procede a buscar nuevos participantes.

Acta de Compromiso

Como investigadores del proyecto “Transformación de la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica” nos comprometemos a cumplir con los aspectos éticos y bioéticos mencionados anteriormente.

Firmas:

Kelly
Juliana

Brigitte Vanessa Gutierrez R.

8. Resultados y Discusión

Para la recolección de los resultados se utilizó como herramienta la entrevista semiestructurada, la cual no solo permitió recaudar la información, sino que también posibilitó la creación de matrices generales y específicas, facilitando así el análisis pertinente de cada una de las preguntas formuladas. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación a partir de los objetivos propuestos:

8.1 Objetivo No. 1: Identificar las características sociodemográficas (Edad, genero, estado civil, escolaridad, parentesco, remuneración, capacitación y tiempo del cuidado) del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica.

Tabla 1. *Edades de los cuidadores de adultos mayores*

Rango de edades	Número de sujetos
23 – 32	7
33 – 42	2
43 – 52	2
53 – 62	2
63 – 72	1
Total	14

Según los resultados obtenidos en la Tabla 1, se puede deducir que la edad promedio de los cuidadores principales objeto de estudio de la investigación se encuentran en el rango de 23 a 32 años con un total de siete personas, lo cual nos demuestra que hoy en día son más los jóvenes los que se encargan de este nuevo rol de ser cuidador de adultos mayores, refutando a Cuevas-Martínez & Gutiérrez-Valverde, (2022) quienes determinaban que “el cuidador informal estaba en un promedio de 37 años de edad” (2020, p. 10). Por otra parte, los otros sujetos de estudio se encuentran entre los 33 a 42 años con un total de dos personas, continuando así con el rango de 43 a 52 años con dos personas, pasando al grupo de edad de

53 a 62 años con dos personas y por último una persona que se encuentra en el rango de 63 a 72

De este modo una vez analizado estos resultados es importante señalar que el cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional, es hombre o mujer, mayor de 18 años, que atiende, apoya y supervisa sus necesidades básicas de la vida diaria, toma decisiones y asume su cuidado de salud integral, como lo señala Félix Alemán et al., (2012) (p. 83)

Por lo anterior, Es importante considerar que según los resultados arrojados por la investigación los cuidadores familiares son personas mayores de 18 años, en su gran mayoría son personas jóvenes que prestan todos los cuidados necesarios para el adulto mayor y según lo expresado por las personas objeto de estudio, los adultos mayores cuidados son una población que presenta diferentes grados de dependencia funcional

Tabla 2. *Género de los cuidadores de adultos mayores*

Género	Número de sujetos
Mujeres	13
Hombres	1
Total	14

Respecto al género del cuidador, el que tuvo mayor dominio fue el femenino, en donde se resalta que las mujeres son las que realizan el servicio de cuidado dentro del núcleo familiar, así mismo, se señala que son las hijas quienes adoptan el rol de cuidadora, seguido de otros, como; yernos, nueras, u otros, por lo anterior es preciso traer a colación a Wright (1987) citado por (Zapata Dusán, 2019) quien señala que el cuidador informal, se define como: “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”(p.12).

Tabla 3. *Estado civil de los cuidadores de adultos mayores*

Estado Civil	Número de sujetos
Soltero/a	5
Unión libre	4
Casado/a	5
Total	14

En la Tabla, en relación con el estado civil en los cuidadores, predominan en partes iguales los solteros y casados con un total de cinco personas, por último, cuatro personas se encuentran en unión libre.

Tabla 4

Nivel de escolaridad de los cuidadores de adultos mayores

Nivel de escolaridad	Número de los sujetos
Primaria	1
Secundaria	2
Bachiller	4
Técnico	1
Estudiante Universitario	2
Profesional	2
Tecnólogo	2
Total	14

Respecto al nivel de escolaridad de los cuidadores, la categoría más relevante fue la de Bachiller con un total de cuatro personas, seguido de un total de dos personas en la categoría de profesionales, de igual manera, se evidencio dos personas en cada una de las categorías de técnicos, tecnólogos y estudiantes universitarios, por último, se revelo 1 persona en cada uno de las categorías de secundaria y primaria

Con respecto a los resultados obtenidos en la presente investigación acerca del nivel de escolaridad de los cuidadores de adultos mayores, se obtuvo un mayor porcentaje en la categoría de Bachiller, refutando así lo que señala Pinzón et al.,

Tras las características que se pueden mencionar con respecto a los cuidadores informales, la gran mayoría en cuanto al nivel de escolaridad, se encuentran entre primaria incompleta, bachillerato incompleto o formación universitaria sin culminar, describen no haber tenido capacitaciones previas para desempeñar el rol de cuidador informal (2012, p. 21.).

Tabla 5. *Parentesco que tiene con la persona que cuidan*

Parentesco	Número de sujetos
Hija	8
Yerno	1
Ex esposa	1
Ninguno	4
Total	14

Con relación al parentesco del cuidador con la persona a quien cuida, se obtuvo como resultado que, en la mayoría de los casos con un total de ocho personas es la hija quien adopta el rol de cuidador, seguido de otras personas cercanas al adulto mayor, como un yerno, un ex cónyuge y otras cuatro personas que son externas al adulto mayor. Por ende, según los resultados arrojados por la investigación, se puede traer a colación lo mencionado por la organización Zaintzea, citada por Cantor Romero et al., (2013) donde señalan que:

En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte de estas personas son mujeres, esposas, hijas y nueras encontrándose en un rango de edad entre los 45 y 65 años, sin embargo es preciso señalar que la edad promedio en la siguiente investigación se encuentra en el

rango de 23 a 32 años y las principales razones de que la mayoría de las personas que cuidan sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado. Estas cuidadoras en la mayoría de los casos comparten el domicilio con la persona cuidada, no existe una ocupación laboral remunerada de la cuidadora, prestan ayuda diaria a su familiar mayor, gran parte no recibe ayuda de otras personas; la rotación familiar o sustitución de la cuidadora por otros miembros de la familia es moderadamente baja y una gran parte de ellas comparten la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos/ as. (p. 80).

Tabla 6. *Recibe remuneración económica por el cuidado*

	Número de los sujetos	Respuesta de los sujetos entrevistados	
<i>Si</i>	5	<i>Sujeto 12</i>	“Si, 100.000 mensuales”
		<i>Sujeto 13</i>	“Si, recibo 50.000 pesos el día”
		<i>Sujeto 6</i>	“Si 1.000.000”
		<i>Sujeto 14</i>	“Si, me pagan el mínimo”
<i>No</i>	9	<i>Sujeto 5</i>	“No, yo tengo mi trabajo por aparte, el cuidado que le brindo es a mi ex esposo, no recibo remuneración por ello”
		<i>Sujeto 1</i>	“No recibo ningún tipo de remuneración, ya que le brindo el cuidado a mi mamá y trabajo desde casa en auditoria medica”
		<i>Sujeto 3</i>	“No recibo ningún tipo de remuneración, trabajo aparte para tener un ingreso para los dos”
Total	14		

Con relación a la remuneración económica, se encontró que sólo 5 de los cuidadores cuenta con un sueldo por el cuidado que ofrecen, se debe tener en cuenta quienes reciben remuneración económica; dos de ellas son profesionales en el área contando con un total de un salario mínimo, las otras 3 cuidadoras son informales y según lo expresado por ellas el sueldo que reciben es de 50.000 mil pesos el día, o en otros casos, reciben 100.000 mil pesos mensuales por el cuidado. De este modo según lo evidenciado por los resultados obtenidos de la investigación el cuidador informal es quien prima en esta labor, por ende, es importante

señalar lo que menciona Feldberg et al., citados por Ruiz Robledillo & Moya-Albiol, (2012) donde definen que el cuidador informal:

es aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (p. 24).

Sin embargo, es importante recalcar que hoy en día no se reconoce la labor que brinda cada uno de los cuidadores, ya que según lo expresado por ellos, son muy pocos los cuidadores informales que reciben una remuneración, por ende es importante señalar que el reconocimiento del trabajo no remunerado de las mujeres, en particular del trabajo de cuidado, y su importancia en el bienestar no se ha trasladado fácilmente a la corriente principal de los análisis y de las políticas públicas, donde si bien se reconoce la discriminación de género en los espacios públicos y en el ámbito económico, todavía se sigue asumiendo como “natural” el papel que ejercen las mujeres en el cuidado y las tareas domésticas. Provoste, 2012, citado por (Cantor Romero et al., 2013) (p.34).

8.2 Objetivo No. 2: Identificar las particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica (Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado, horas a cargo, relación con el adulto mayor , responsabilidad sobre el cuidado...)

Tabla 7. *Ha recibido capacitación para el cuidado de los adultos mayores*

	Número de sujetos	Respuestas de los sujetos entrevistados	
<i>Si</i>	7	Sujeto 7	“Si, específicamente nefrología en el hospital san juan de Dios, la capacitación duro 3 semanas
		Sujeto 8	“Si, he recibido una pequeña capacitación para el cuidado del adulto mayor con dependencia, de más o menos 150h”
		Sujeto 14	“Si, yo soy enfermera, a través de mi carrera he adquirido el conocimiento para el cuidado de la población adulta mayor”
		Sujeto 13	“Si, he recibido capacitación para los cuidados en España cuando estuve residiendo allí, duro 2 años la capacitación en el año 2012 y los temas que enseñaron allí eran sobre las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor, alimentación, como ayudar la parte emocional, física, motriz, las posturas, tratar úlceras de presión, tomar los signos vitales, tratamiento de medicinas, apoyo sobre temas de la casa, arreglo de uñas, el tema de citas médicas, entre otras”
<i>No</i>	7	Sujeto 2	“No, he recibido ningún tipo de capacitación”
Total	14		

Con respecto a si el cuidador ha recibido capacitación para el cuidado de los adultos mayores, la mitad de ellos expreso contar con capacitación en el tema del cuidado al adulto mayor, y la otra mitad de los cuidadores no cuenta con ningún conocimiento o capacitación sobre el cuidado de esta población, notablemente quienes cuentan con capacitación sobre el tema es porque tienen carreras o cursos afines con el cuidado de este grupo de edad, en otros casos, los familiares que presentaban capacitación, referían que el conocimiento que tenían era acorde a la patología de la persona a quien cuidan, así mismo respecto a los cuidados que requieren en casos específicos. De este modo como lo menciona Guajardo et al., citado por (Balladares et al., 2021, p. 19) “El cuidador informal se refiere a aquel que es conducido por

un familiar, amigo o vecino que presta apoyo en actividades cotidianas a una persona dependiente (p. 2).

De este modo, como ya se había mencionado anteriormente en esta investigación priman los cuidadores informales, el cual es un familiar en el mayor de los casos, donde la gran mayoría no han recibido ninguna capacitación y todos los cuidados que brindan al adulto mayor ha sido por la experiencia y el tiempo transcurrido brindando esta labor.

Tabla 8. *Le gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores*

Número de sujetos		
<i>Si</i>	11	En temas como: el buen trato al adulto mayor, la alimentación, cuidados necesarios para el Accidente Cerebrovascular, un buen cuidado personal y emocional para el cuidador, inclusión del adulto mayor a la sociedad, cuidados de entretenimiento y ocio, cuidados paliativos, salud mental, ejercicios de estimulación, movilidad del paciente en cama.
<i>No</i>	3	“No hija, pues yo ya no tengo fuerzas para eso” “No, la verdad no me gustaría recibir ninguna capacitación sobre esto”
Total	14	

De acuerdo a las personas que les gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores, 11 de ellos respondiendo que sí, manifestando que les gustaría recibir capacitación sobre temas como el buen trato al adulto mayor, la alimentación, cuidados paliativos, salud mental, ejercicios de estimulación, asimismo recalcaron que les gustaría recibir capacitaciones entorno al cuidado personal y emocional, puesto que esta es una de las partes primordiales cuando se brinda la labor del cuidado a una persona, ya que muchas veces se preocupan tanto por la persona enferma que se descuida al cuidador, el cual también es una persona que merece estar bien en todas las dimensiones como lo es la física, la cognoscitiva, emocional y social.

Evidentemente, “El hecho de que los cuidadores no reciban un salario por sus cuidados no significa que los presten gratuitamente, pues un 62 % señalan que su salud se ha

deteriorado, un 50 % considera que su vida laboral también se ve afectada y 7 de cada 10 afirman que su ocio, tiempo libre o vida familiar se han resentido” (como se cita en García et al., 2011, p. 8). (Fuentes Fernández & Moro Gutiérrez, 2014)(p.49)

Asimismo, se debe de mencionar que las tres personas que respondieron que no les gustaría recibir capacitación sobre los cuidados del adulto mayor, son cuidadoras informales las cuales expresaron que ya no se sentían con la capacidad para recibir información sobre estos, debido al desgaste físico que adquirieron con la edad.

Con relación a los cuidadores que expresaron que, si querían recibir capacitación respecto al cuidado del adulto mayor, se evidencio que uno de los factores principales por el cual la persona se encuentra interesada en el tema, es el vínculo afectivo que comparten con el adulto mayor cuidado, debido a que, como lo señala García (2011) citado por Calderón Rocha et al., (2016),

el motivo por el cual el cuidador informal brinda cuidado está altamente influenciado por un factor afectivo y moral. El cuidar implica “un fuerte componente afectivo (cariño a la persona a la cual se le brinda cuidado) y además está impregnado también de un elevado contenido moral, dado que se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos de parentesco (p. 21).

Tabla 9. *Tiempo que lleva brindado el cuidado al adulto mayor*

Tiempo	Número de sujetos
<i>Un año largo</i>	7
<i>Cuatro años</i>	2
<i>Cinco años</i>	2
<i>Doce años</i>	1
<i>Cinco meses</i>	1
<i>Tres años</i>	1
Total	14

En el presente estudio se evidenció que la mayoría de los cuidadores llevan brindando este servicio durante un año largo, seguido de los que llevan 4 y 5 años; en un menor porcentaje, se encuentran los que llevan doce años, 5 meses y tres años

Con relación al tiempo que llevan brindando estos cuidados, es importante señalar que esta labor puede traer consigo algunas repercusiones a largo plazo para aquellos cuidadores informales que no estén capacitados para enfrentar algunas de las situaciones que se pueden llegar a presentar, así como lo menciona Saiz et al., 2008, Camacho et al., 2010, y Bailes et al., 2016; citados por Fatás Cuevas et al., 2018

El cuidador ha de dedicar una gran cantidad de tiempo a la labor de cuidar, realizando tareas incómodas o desagradables y, llegando a prescindir de tiempo libre y de actividades de ocio para sí mismo y su entorno familiar, así como, teniéndose que enfrentar a situaciones ante las que no está preparado y que suponen una gran carga económica, Cuevas et al., 2018, (p.5)

Tabla 10. *Horas al día a cargo del cuidado del adulto mayor*

Horas al día	Número de sujetos
Todo el día	7
3 veces a la semana	2
12 horas al día	1
No es regular	1
8 horas al día	1
Toda la mañana	1
5 horas	1
Total	14

En relación con el tiempo que cuidan a los adultos mayores la gran mayoría expresa que los cuidan todo el día, mientras que los demás sujetos de estudio se encuentran que los cuidan por horas o uno que otro día entre semana, y las horas mínimas de cuidado son de 5 horas, de este modo es importante mencionar a Pérez, que señala que:

esta población invisible, en su mayoría dedica gran parte de su tiempo al cuidado de su familiar en promedio entre cuatro y cinco horas al día y con frecuencia las condiciones que se desarrollan estos cuidados no son las más adecuadas, además de realizar las labores de cuidador realiza otras tareas en el hogar, con el trabajo fuera del domicilio Pérez (2005, p. 2), citado por Flores, et al., (2016).

Por otro lado, aunque el presente estudio no esté relacionado con la sobrecarga que sufre el cuidador, Álvarez 2010; Barbero, 2012, mencionan que, " Se van provocando una sobrecarga de actividades, que de manera directa interrumpe su ritmo habitual de vida cotidiana, y con frecuencia provoca repercusiones negativas en su bienestar de salud física y mental. (Palomé, 2014, p.2), citado por Flores, et al., (2016).

Tabla 11. *La responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor recae solo en usted o cuenta con apoyo de la familia en los asuntos del adulto mayor*

Número de sujetos		Respuesta de los sujetos entrevistados	
<i>Si</i>	8	<i>Sujeto 7</i>	“Todo depende de mí, nadie más puede y pues yo soy la única que tengo el conocimiento referente a los cuidados que necesita mi mamá”
		<i>Sujeto 6</i>	“Pues la familia de ella le ayuda en la parte económica, yo me encargo de su cuidado sola durante toda la semana”
		<i>Sujeto 3</i>	“Solo recae sobre mí, aunque somos cinco hermanos yo soy la única encargada de él”
<i>No</i>	6	<i>Sujeto 4</i>	“No, nos repartimos el cuidado y los asuntos referentes a citas y demás, entre mi hija mayor, la menor, y yo, en ocasiones especiales si alguna de nosotras no puede, nos colabora mi hermana mayor”
		<i>Sujeto 12</i>	“Cuento con el apoyo de mis hermanas en algunas horas del día”
		<i>Sujeto 8</i>	“Siempre conté con el apoyo de los familiares por si surgía alguna duda, o el adulto mayor presentaba algún cambio o necesidad.”
Total	14		

De acuerdo a la responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor, se le preguntó al cuidador si esta dependía únicamente de él, o si contaba con el apoyo de sus familiares u otros, se encontró que ocho de ellos tienen la responsabilidad completa del cuidado de ese adulto mayor, por lo que es importante considerar que muchos de ellos cuentan con una red familiar amplia, pero la responsabilidad solo recae en uno de los miembros, manifestando que no solo deben cumplir con el cuidado del adulto mayor, sino que también deben trabajar para sostener la familia y seguir desempeñando el rol dentro de sus casas, cocinar, hacer el aseo, entre otras, manifestando que han presentado alteraciones en su estado de ánimo debido a la situación, por otra parte, su cuidado personal pasa a un segundo plano, ya que el cuidado que brindan, ocupa el primer lugar. Los otros 6 cuidadores contaban con el apoyo de uno o varios familiares, quienes se organizan para realizar las diferentes actividades que correspondan para el bienestar de ese adulto mayor.

De esta manera, como lo menciona. Achury et al.,(2011)

la responsabilidad del cuidado de una persona con enfermedad crónica implica que el cuidador maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona que está a su cargo y que dedique parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida. (p.35)

Tabla 12. *Qué temas o aspectos considera que son más complejos con el cuidado del adulto mayor*

Número de sujetos	Respuesta de los sujetos entrevistados
Sujeto 5	“El manejo de la traqueostomía y gastrostomía, ya que es necesario pues contar con todas las herramientas para hacer una limpieza adecuada”
Sujeto 7	“La movilidad del adulto y el cuidado de su salud mental”
Sujeto 8	“La medicación y la higiene del adulto mayor”
Sujeto 10	“El cambio de pañal y la alimentación”
Sujeto 14	“La demencia y la parte emocional”
Total	14

En relación a los temas o aspectos más complejos referentes al cuidado del adulto mayor, los cuidadores mencionan temas alusivos a la movilidad del adulto mayor, el cuidado de la salud mental, la demencia, la parte emocional, el manejo de traqueostomía y gastrostomía, la higiene del adulto mayor en algunos casos como es el cambio de pañal y la alimentación.

Tabla 13. *Tabla 13: Le gusta lo que hace o prefiere otro tipo de trabajo*

Número de sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
Si	10	Sujeto 4	Me gusta, pues no es mi trabajo, es el apoyo que le brindo a mi papá desde que fue diagnosticado como paciente oncológico
		Sujeto 6	“Me gusta, pero prefiero otro tipo de trabajo en el que me quede más tiempo libre para pasar con mis hijos”
		Sujeto 5	Si, es el cuidado que le estamos dando a un miembro de la familia, igual las cosas las hago con mucho amor
		Sujeto 8	“Si me ha gustado trabajar en el cuidado del adulto mayor pero no es a lo que quiero dedicarme.”
No	4	Sujeto 9	“No, pues cuidar es un trabajo muy duro, yo porque es mi mamá”
Total	14		

Como se puede observar en la Tabla 13, se les pregunto a los cuidadores si les gustaba la labor que hacían o preferían otro tipo de trabajo, diez de ellos respondieron que sí, manifestando que no les desagradaba brindar el cuidado, pero pues los motivos por los cuales lo hacían eran porque era su familiar, su madre, su padre o su ex pareja, de manera que es importante señalar que el vínculo que tiene el cuidador con la persona que cuidan es importante para ellos, por lo cual no lo ven como un trabajo, solo están apoyando a un miembro de la familia el cual está enfermo y señalan sentirse bien al poder ofrecer un cuidado adecuado y con amor a la persona que lo requiere.

Por otra parte, los cuidadores que respondieron que no, expresan que prefieren otro tipo de trabajo el cual les permita pasar más tiempo con su familia y realizar actividades de ocio, al igual que manifestaron que no les gustaba este tipo de trabajo.

Por lo anterior, consideramos importante lo que señala la organización Zaintzea, citada por Cantor Romero et al., 2013) refiere que:

cuidar a un familiar que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Cuidar a otra persona

puede hacer que en las numerosas tareas que ello implica descubramos en nosotros y nosotras mismas cualidades, aptitudes o talentos que, probablemente, de otra forma hubieran pasado desapercibidas. Asimismo, cuidar a otra persona puede hacer que establezcamos una relación más próxima con ella o con otros familiares y que descubramos en ellos facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros. Una gran parte de las personas cuidadoras, pese a posibles sinsabores, acaban descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos (p. 39).

Tabla 14. *Como podría describir la relación que tiene con el adulto mayor*

Número de sujetos	Respuestas de los sujetos entrevistados
Sujeto 1	“Es una relación en donde tenemos muy buena comunicación, amorosa, comprensiva, en donde siempre nos hemos escuchado una a la otra y así me daba a conocer sus necesidades”
Sujeto 5	“Es buena, pues nos conocemos prácticamente de toda la vida, tenemos dos hijas, en estos momentos es él, el que necesita el apoyo, así que diría que es buena, nos adaptamos a la situación, dialogamos mucho”
Sujeto 7	“Hermosa, amorosa, somos muy unidas, viajamos juntas, paseamos, salimos a comer, mi madre es muy especial para mí, es mi amiga”
Total	14

De acuerdo con la relación entre los adultos mayores y cuidadores según lo expresado por los cuidadores se puede deducir que en la mayoría son relaciones sanas y amorosas en los cuales hay una buena comunicación, es comprensiva, tienen una relación unida, en donde se adaptan a las diferentes circunstancias por las que van pasando. Aunque también hay unos cuidadores que expresaron que a veces se torna en una relación complicada debido a las patologías en las que se encuentra el adulto mayor, asimismo, hay adultos mayores a los que deben de tratar con mucho cuidado y delicadeza ya que son personas susceptibles que tienden a enojarse por cualquier cosa por mínima que sea.

Por lo anterior, es importante mencionar que Hidalgo Martinola et al., (2016) refieren qué

En el caso del cuidador informal generalmente existe un vínculo familiar con el anciano receptor de cuidados, donde son característicos el compromiso, el afecto y la obligación, que pueden generar una mayor carga en el proveedor de cuidado por el afán de proporcionarle la atención que necesita el adulto mayor. Por lo que se hace necesario que la cercanía física e intensidad de la inversión emocional que se expresa en el cuidador no se constituya como obstaculizadora de la relación, sino que se articule en un elemento que propicie la satisfacción de dicho par (p. 3).

De esta manera, según los resultados arrojados por la investigación cuando el cuidador informal es un familiar que esta brindando estos cuidados la gran mayoría de estas relaciones tiende a mejorar, lo cual brinda una relación amena, amorosa, respetuosa tanto para el cuidador como para el adulto mayor enfermo

1. Información adicional del adulto mayor

Uno de los componentes más importantes con relación a este estudio, fue la caracterización del adulto mayor, puesto que la información obtenida de esta población, permite el análisis del perfil de quien realiza el rol de cuidador principal, teniendo en cuenta las características como: el nivel de dependencia del adulto mayor y las patologías que esté presente.

Tabla 15. *Edad de los adultos mayores*

Rango de edades	Número de los sujetos
60 – 66	4
67 – 73	2
74 – 80	4
81 – 87	3
88 – 94	1
Total	14

En cuanto a los grupos de edad en los que se encuentran los adultos mayores que son cuidados, se obtuvo un mayor predominio entre los 60 y 66 años, seguido por los de 74 a 80 años, de ahí se encuentran los de 81 – 87 años, seguido de estos los de 67 – 73 y por ultimo los de 88 – 94.

Tabla 16. *Género de los adultos mayores*

Genero	Número de los sujetos
Mujeres	8
Hombres	6
Total	14

Por otro lado, en relación con el género de adultos mayores, se logra evidenciar que el género predominante son las mujeres con ocho personas, así mismo Gómez Santos et al., (2019)

mencionan que son las mujeres las que presentan lo más altos índices de cuidado y a su vez las que más proveen el cuidado, “El funcionamiento físico se deteriora con la edad y este deterioro parece mayor en mujeres que en hombre” (como se cita en Beckett et al., 1996) De esta manera, es importante considerar que en los resultados de este estudio, el género femenino fue el más predominante con un total de 8 mujeres adultas mayores cuidadas y un total de 6 hombres cuidados.

Asimismo, es importante señalar que Cantor Romero et al., (2013) refieren que la problemática del cuidado en esta etapa de la vida tiene una doble dimensión de género, ya que por una parte son las mujeres las principales encargadas de proporcionar los cuidados que requiere la ancianidad y, por otra, las personas ancianas son en su mayoría mujeres que viven más años y con menos ingresos que los hombres, aumentando con la edad sus necesidades de cuidado (p.34).

Tabla 17.
Patologías del adulto mayor

Patologías	Número de sujetos
Artrosis	1
Alzheimer	2
Ansiedad	1
Cáncer de laringe	2
Cáncer de riñones	1
Colesterol alto	2
Diálisis	1
Demencia	1
Diabetes	3
Depresión	5
EPOC	2
Enfermedad renal crónica	1
Esquizofrenia	1
Hipertensión	7
Ictus	1
Osteoporosis	1
Problemas de digestión	1

En cuanto a las enfermedades referidas en la población de adultos mayores, sobresalen patologías como: la hipertensión, la depresión y la diabetes, seguido del Cáncer, el colesterol alto, el Alzhéimer u la ansiedad, continuando con las enfermedades de menor porcentaje, como lo es: la artrosis, osteoporosis, EPOC, problemas de digestión y la enfermedad renal crónica.

Se debe resaltar que hay adultos mayores que presentan pluripatologías, dado que en muchos de los casos una enfermedad desencadenó la otra, por ende, de acuerdo con Naciones Unidas, CEPAL et al., (2015) es importante mencionar que las enfermedades en la vejez se caracterizan por ser pluripatológicas, de tipo crónico y presentación atípica. Por otra parte, se considera además que muchas de ellas conllevan la pérdida de funcionalidad en los últimos años de la vida. De ahí la importancia de valorar la presencia de enfermedades concomitantes y su impacto en la calidad de vida de las personas mayores (como se cita en Tuz, 2009)(p. 45).

Teniendo en cuenta los resultados del estudio en cuanto a las enfermedades presentes en los adultos mayores cuidados, es importante considerar las enfermedades más predominantes en el adulto mayor, Según la encuesta SABE,

En el adulto mayor las patologías más comunes son las siguientes: el 60.7% de los adultos mayores encuestados, presentan prevalencia total de hipertensión arterial en la población adulta mayor, mayor en mujeres en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos, el 25,8% presento artritis-artrosis (segunda condición crónica más frecuentemente encontrada en este estudio), mayor en mujeres, en zonas urbanas y en estratos altos socioeconómicos altos. El 18,5%, con una prevalencia de diabetes mellitus, mayor en mujeres. Así mismo, el 14,5%, presento prevalencia total de enfermedad isquémica cardíaca, el 11,8%, presento prevalencia total de osteoporosis, el 11,4%, mostro prevalencia de Enfermedad Pulmonar Crónica, el 17,5% reportó Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL) y el 41,0% reporto síntomas depresivos, la prevalencia disminuyó con la edad y fue mayor en estratos socio-económicos altos. Por último, con un menor porcentaje se encontró que el 5,3% de esta población mostro prevalencia total

de cáncer y el 4.7% prevalencia de enfermedad cerebro-vascular (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia & Colciencias, 2015, p. 6).

Tabla 18. *Tabla 18: Funcionalidad en los adultos mayores*

Funcionalidad	Número de sujetos		
Independiente	1	Sujeto 7	“Es funcional, es capaz de vestirse, comer y bañarse sola, no depende de nadie para ir a merchar, ir al banco, andar en transporte”
Dependencia Leve	3	Sujeto 11	“Funcional para las actividades de la vida diaria, pero en el cuento de la alimentación siempre recae sobre mí, las citas médicas, entre otros”
		Sujeto	“Es funcional, solo depende de mí para la hora del baño y realizarle las comidas”
Dependencia moderada	7	Sujeto 1	“Es funcional hasta donde su ACV se lo permitía, ya que algunas actividades como el baño, el vestirse y realizarle las comidas cuenta por parte de nosotros como familia”
		Sujeto 2	“Es funcional hasta donde sus patologías lo permiten, es dependiente en actividades como el baño, vestirse y realizar las comidas”
		Sujeto 11	“Funcional para las actividades de la vida diaria, pero en el cuento de la alimentación siempre recae sobre mí, las citas médicas, entre otros”
Dependencia severa	3	Sujeto 9	“Depende de mí para bañarse, comer, vestirse, ir al baño, cambiarla, necesita ayuda para salir, ir al banco, merchar, viajar en transporte”
		Sujeto 13	“Él es totalmente dependiente”
		Sujeto 14	“Ella es totalmente dependiente, debido al ictus, quedo ciega, así que necesita ayuda para movilizarse, para cepillarse, bañarse, comer”
Total	14		

En cuanto a la funcionalidad de los adultos mayores cuidados, se encontró que siete de ellos se encuentran en una dependencia moderada, lo cual quiere decir que necesita ayuda para realizar dos Actividades Básicas De La Vida Diaria (AVBD) como bañarse, vestirse, comer, y requiere ayuda para realizar tres Actividades Instrumentales De La Vida Diaria (AIVD) como merchar, ir al banco, asistir a citas médicas, seguido de esta se encuentran tres personas con dependencia leve, es decir que necesitan asistencia para realizar una AVBD y dos AIVD, por otra parte se encuentran 3 personas con dependencia severa, lo cual quiere decir que necesitan

asistencia para realizar cualquier actividad, ya sean actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, es decir son personas totalmente dependientes y por último se encuentra una persona completamente funcional, es decir que no requiere ayuda o asistencia para realizar actividades.

De este modo es importante resaltar que según los resultados arrojados por la investigación la mayoría de adultos mayores cuidados tienen algún grado de dependencia funcional ya sea leve, moderada y severa, es decir que no tienen la capacidad física de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente, ya que como lo menciona Sosa Ortiz y cols. identifican el término de “funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y social”(Segovia Díaz de León & Torres Hernández, 2011, p. 164).

Tabla 19. *Con quien convive los adultos mayores*

Con quien convive	Número de los sujetos
Vive con su cuidador	5
Vive con sus familiares	6
Vive solo	2
Convive con otras personas	1
Total	14

En relación, con quien convive los adultos mayores, los datos demuestran que seis de los adultos mayores viven con sus familiares, seguidos por cinco personas que viven con sus cuidadores que en algunos casos son un familiar, por otro lado, están otras dos personas que viven solos y por último uno de ellos convive con otras personas distintas a su grupo familiar. De esta manera como lo menciona Gómez y Quintana:

La red familiar de los adultos mayores de 60 años en el departamento del Quindío presenta un tamaño promedio que oscila entre 2 y 4 miembros por adulto mayor, lo que

demuestra que estas redes son extremadamente pequeñas, el 55.04% son mujeres y el 45.95% son hombres. Este aspecto es importante porque ha quedado demostrado que, en el momento de ofrecer ayuda, son las mujeres las que más dispuestas están a prestar asistencia o apoyo a los miembros más viejos de la red (Gómez Santos et al., 2019).

Tabla 20. *Estado civil de los adultos mayores*

<i>Estado Civil</i>	<i>Número de los sujetos</i>
<i>Casado/a</i>	5
<i>Divorciado</i>	1
<i>Separado</i>	3
<i>Viuda</i>	5
<i>Total</i>	14

En la Tabla 20 se puede observar que el grupo de estado civil de los adultos mayores, se encontró que las categorías más relevantes fueron cinco personas casadas, seguido de esto cinco viudos, de ahí le siguen tres personas separadas y por último una persona divorciada.

8.3 Objetivo NO. 3 Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal) y emocionales (irritabilidad, cambios en el estado de ánimo) del cuidador principal a cargo de los adultos mayores con enfermedad crónica

Cambios comportamentales

Tabla 21

Siente que el cuidado del adulto mayor le ha generado un cambio entorno a su vida familiar

Número de los sujetos		Respuesta de los entrevistados	
Si	10	Sujeto 1	“No hay disponibilidad del tiempo total que siempre ha habido para la familia”
		Sujeto 2	“Genero un cambio ya que debemos brindar de nuestro tiempo un cuidado hacia ella”
		Sujeto 4	“Si, reorganizar mis horarios para poder realizar las actividades de aseo y comidas, actividades de limpieza de mi papá y mis actividades como estudiante universitaria”
		Sujeto 6	“Si, ahora puedo tener un ingreso que me permite suplir las necesidades de mis hijos, pero el cambio a nivel familiar es evidente”
		Sujeto 10	“Si, genero cambios, en nosotros como hermanos, nos unimos más”
No	4	Sujeto 7	“Fricción en la relación con mi pareja y mi papá
		Sujeto 11	“No, siempre he compartido con él y hemos vivido juntos”
		Sujeto 8	“No, yo vivo sola, entonces pues como cambio con mi familia no, porque seguimos teniendo una relación cercana”
		Sujeto 13	“No, es la profesión que decidí ejercer”
Total	14		

Referente al cuidado del adulto mayor, se le pregunto a los cuidadores si sentían si este les ha generado un cambio entorno a su vida, por lo que se encontró que diez de ellos consideraban que si habían presentado cambios en su entorno, expresando que tienen menos tiempo del que antes tenían para realizar actividades personales o de ocio, ya que el cuidado del adulto pasa a ser la actividad a la que más dedican tiempo, por otro lado, mencionaban también que debido al cuidado que brindan, presentaron problemas con sus parejas, la relación se tornaba a ser tensa y distante, así mismo, los cambios que se han generado son en relación a la adaptación y reasignación de roles a nivel familiar, ya que muchos cuidadores

han tenido que volver a vivir con sus padres, o viceversa, el adulto pasa a vivir de nuevo con su cuidador.

En su investigación sobre cuidadores, Ruiz y Nava,(2012), citados por Moreno, (2018) señalan que:

la persona que asume el rol de cuidador familiar debe enfrentar cambios importantes en su vida. Uno de esos cambios se presenta en las relaciones familiares, muchas veces debido al cambio de roles que se da dentro del círculo familiar. (2012, p.27)

Asimismo, Bódalo-Lozano, (2010) menciona que:

los cuidadores manifiestan que se altera toda la vida familiar, incrementan los conflictos dentro de la familia, afecta a las relaciones de pareja, sufre una alteración de las relaciones sexuales, aislamiento, pérdida del tiempo libre, problemas laborales como absentismo, problemas económicos por reducción de ingresos o aumento de gastos (p.93).

Tabla 22. *Ha presentado cambios o alteraciones en el patrón del sueño*

Número de los sujetos		Respuestas de los entrevistados	
Si	6	Sujeto 4	“Si, despertarme más temprano de lo que estaba acostumbrada, y me acuesto tarde, y me levanto muy temprano lo que me genera cansancio al medio día”
		Sujeto 6	“Si, me despierto con nada “
		Sujeto 5	“Si, duermo menos tiempo, tengo muchas cosas que pensar”
		Sujeto 9	“Si, cuando me quedo con ella no duermo bien, ella tiene muchas pesadillas, y yo permanezco toda la noche pendiente porque se queja del dolor también”
		Sujeto 11	“Si, me genera preocupaciones y más cuando este enfermo”
No	8	Sujeto 12	“No he presentado ningún cambio en el patrón del sueño”
Total	14		

De acuerdo a las alteraciones del sueño en los cuidadores, solo seis de ellos presentaron cambios, expresando que deben trasnocharse debido a la patología de la persona que cuidan, al igual que deben levantarse aún más temprano, por otra parte, manifiestan que el sueño se volvió muy ligero, ya que la preocupación que les genera el adulto es mayor.

Por su parte, Biurrún Unzué (2001), citado por (Bódalo-Lozano, 2010) describe,

Al cuidador principal y a la familia como el paciente oculto que puede presentar hipersomnia diurna, insomnio, alteraciones del ciclo del sueño vigilia, hiperfocalización de la atención y los intereses personales en el enfermo, vivencia intensa de presión del tiempo, baja autoestima que en muchas ocasiones lleva a la distorsión del propio sentido de la identidad personal, sentimientos de culpabilidad por no atender convenientemente al familiar, irritabilidad, etc” (Citado por Lozano, 2010, p. 93).

Por lo anterior, es importante destacar que en los resultados arrojados por el estudio no todos los cuidadores presentan cambios entorno a su patrón de sueño ya que, de catorce cuidadores, ocho de ellos, expresaron no sentir alteraciones en el patrón del sueño, ya que no prestan el cuidado en horas de la noche, o el adulto maneja un horario de sueño adecuado.

Tabla 23. *Ha dejado actividades de ocio o entretenimiento que antes solía hacer*

Número de los sujetos		Respuesta de los entrevistados	
Si	10	Sujeto 1	“No hay disponibilidad del 100% del tiempo”
		Sujeto 4	“Si, los fines de semana siempre los pasaba con mi pareja, ahora nos vemos cuando se pueda, tengo que ser más organizada con los horarios, porque mi papá debe recibir alimentos por sonda de gastrostomía, lo que requiere que estemos más pendiente de él”
		Sujeto 5	“Ni me queda tiempo para actividades de entretenimiento”
		Sujeto 10	“Si, a mí me cambio todo, pues no puedo ver casi a mi hijo, yo no tengo casi tiempo libre”
		Sujeto 12	“Si ya no me queda tanto tiempo para mí, a veces no puedo salir porque no tengo quien la cuide”
No	4	Sujeto 7	“No, pues yo soy una persona muy familiar, muy de casa, así que no presentaba un gran cambio referente a mis actividades de ocio, porque por lo general viajaba o paseaba con mi mamá”
		Sujeto 13	“No, ya que no la ejerzo todo el día”
		Sujeto 8	“No, pues todo es cuestión de organizar los horarios”
		Sujeto 14	“No, pues tengo un horario que me permite hacer mis cosas normalmente”.
Total	14		

En cuanto a las actividades de ocio, se preguntó si han tenido que dejar de realizarlas debido al cuidado que están brindando; 10 de los cuidadores contestaron que sí, manifestando que no cuentan con tiempo disponible para ello, y el espacio libre con el que cuentan, lo dedican para realizar actividades referentes a citas médicas, el aseo de sus hogares y compartir con sus parejas.

Por otra parte, aunque este estudio no está relacionado con la sobrecarga, es preciso señalar que “una situación evidente que hace que el cuidador desarrolle sobrecarga es la poca colaboración que recibe por parte de los demás miembros de la familia, lo que lo convierte en la única persona encargada de realizar los cuidados a la persona dependiente, modificando así su rutina habitual al no poder contar con el tiempo para realizar sus actividades personales. Así lo comprueba Fernández (2016, p.63), donde destaca que la falta de apoyo social, familiar, como el de los amigos y la situación económica son variables predictoras de la sobrecarga”(Hidalgo et al., 2020)

Tabla 24. *Ha dejado de preocuparse por su imagen personal*

Número de los sujetos		Respuestas de los entrevistados	
Si	6	Sujeto 5	“Si, como le digo mantengo muy ocupada, entonces pues no es que me esmere mucho en arreglarme, lo normal, pues estar bien presentado, pero que me quede, así como mucho tiempo para organizarme no”
		Sujeto 6	“Pues, diría que de cierta manera si, antes me esforzaba más para organizarme, ahora es como lo básico”
		Sujeto 10	“Si, pues como nosotros permanecemos la gran mayor parte del tiempo en el hospital, yo para que me voy arreglar”
No	8	Sujeto 1	“No, busco el espacio para poder dedicarme a mi imagen personal”
		Sujeto 8	“No, tampoco, la verdad a mí no me absorbe mi trabajo”
Total	14		

ecto a la preocupación por la imagen personal, ocho de los cuidadores manifestaron que en el tiempo que llevan brindando estos cuidados no ha afectado de ninguna manera su imagen personal, ya que siempre buscan el espacio y el tiempo para poder cuidar su imagen y no dejan que esta labor los consuma por completo. Por otro lado, es importante resaltar que en algunos casos esta labor brindada si llegan a presentar cambios a nivel personal, ya que como lo han expresado seis cuidadoras, han tenido que dejar de preocuparse por su aspecto físico ya que consideran que mantienen muy ocupados como para eso, o no les parece importante arreglarse demasiado como para estar en hospitales o permanecer en la casa, por otra parte, expresan dedicar menos tiempo en su imagen personal.

De este modo, los cuidadores que respondieron que han tenido que dejarse de preocupar por su imagen personal, en su mayoría expresaron que era porque no contaban con el tiempo necesario para poder realizar estos cuidados a su imagen personal, debido a que no cuentan con el apoyo familiar necesario, así como lo señala Eterovic et al., (2015), citados por (Toral Simó, 2021)

Solo la mitad de los cuidadores informales reciben ayuda y apoyo en la tarea de cuidar, impidiendo que el cuidador disponga de tiempo libre, debido a la inexistencia de

familiares que apoyen en el cuidado de la persona dependiente o porque éstos se encuentren desarrollando actividades laborales fuera del hogar. (p.18)

Tabla 25. *Ha descuidado a algún miembro de su familia a causa del cuidado al adulto mayor*

	Número de los sujetos	Respuestas de personas entrevistadas	
Si	5	Sujeto 5	“Si, a mis hermanas, el tiempo es muy justo, entonces trato de aprovecharlo al máximo”
		Sujeto 10	“Si, debido a toda esta situación con mi mamá me ha tocado descuidar a mi hijo”
		Sujeto 12	“Si, a mi esposo e hijos”
No	9	Sujeto 1	“No he descuidado a ningún miembro, siempre trato de brindarle el tiempo necesario a cada miembro de mi familia”
		Sujeto 3	“Pues diría que descuidar no, solo que cuando alguien este enfermo de la familia, de por sí, toda la atención se centra en esa persona, creería que involuntariamente se descuida a los demás, pero por que la otra persona requiere más atenciones”
		Sujeto 6	“No, no es que los descuide, quizá no hablamos tan seguido por el horario que cumplo, eso nos limita en cuanto a la comunicación”
Total	14		

Con referencia a si el cuidador ha tenido que descuidar a algún miembro de su familia a causa del cuidado del adulto mayor, un total de nueve cuidadores respondieron que no, ya que siempre tratan de equilibrar la situación respecto al cuidado que ofrecen y al tiempo que invierten para compartir con sus familiares o parejas, así mismo, expresan que, aunque no cuentan con el mismo tiempo que antes tenían a su disposición, el tiempo libre que poseen lo invierte de la mejor manera en familia. Por otra parte, en menor porcentaje, 5 de ellos mencionaron que sí han descuidado a algunos miembros de su familia, entre ellos: a sus hijos, a sus hermanas y esposos, esto debido a que gran parte de su tiempo lo ocupan en el cuidado del adulto y sus necesidades, por lo que ya no comparten el mismo tiempo que antes con sus parejas o hijos, sin embargo, manifiestan que esto es involuntariamente.

Tal y como se ha reflejado en la investigación, el hecho de cuidar a una persona con enfermedad y/o discapacidad, supone una serie de transformaciones, que van desde una serie

de cambios en sus vidas a nivel personal, familiar, laboral y social; hasta repercusiones negativas en su salud física y psicológica (Bódalo-Lozano, 2010, p. 93)

Tabla 26. *Ha perdido contacto con personas que antes frecuentaba debido al cuidado que le ofrece al adulto mayor*

	Número de los sujetos	Respuestas de personas entrevistadas
<i>Si</i>	7	Sujeto 5 “Siii, antes tenía un poco más de espacio para salir con algunas amigas que tengo de toda la vida, pero pues bueno, uno comprende que la situación no es la misma de antes”
		Sujeto 6 “Si, con amigos y algunos familiares, pero es por el horario que se nos cruza, entonces es difícil mantener el mismo ritmo de antes”
		Sujeto 12 “Si, mis hijos casi no vienen”
<i>No</i>	7	“No he perdido ningún contacto, ya que no he sido una persona de visitas o salir mucho con amigas, pero cuando he tenido eventos o he necesitado salir con mis amigas lo hago ya que cuento con el apoyo de mi entorno familiar para que le briden el cuidado cuando no estoy”
		Sujeto 1
		Sujeto 2 “No he perdido contacto con ninguna de mis amistades, ya que cuando voy a salir con ellos, algún miembro de mi familia se encarga de ella”
		Sujeto 7 “No, con las pocas personas que me frecuento, las sigo viendo, no tan seguido, pero no perdemos contacto”
Total	14	

Con relación a si los cuidadores han perdido contacto con personas que antes frecuentaban debido al cuidado que ofrecen, 7 de ellos respondieron que sí, han perdido contacto con amigos y familiares, ya que no cuentan con el tiempo que antes tenían, y sus responsabilidades aumentaron, o sus familiares se han distanciado de alguna manera debido a la situación.

Por otra parte, los 7 cuidadores restante que manifestaron que no han perdido contacto con las personas allegadas, expresan que tratan de equilibrar las cosas compartiendo con sus familias en los tiempos libres, y siempre tratan de brindarle el tiempo necesario a cada miembro de la familia y dividir el tiempo de la mejor manera, al igual que incluyen a las personas que cuidan en sus actividades de entretenimiento.

De esta manera, se puede decir que los cuidadores “tratan de mantener relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio”. Como lo dice Serrano, (2013, p. 15), citado por (Matailo Bazarán, 2019)

Tabla 27. *Han presentado cambios en el comportamiento/ trato con sus familiares o de parte de ellos*

	Número de los sujetos	Respuesta de los sujetos entrevistados	
Si	3	Sujeto 4	“Si, tenemos más empatía con el otro, y nos comunicamos más.”
		Sujeto 6	“Si, con mi hijo el mayor, se ha vuelto muy distante conmigo, ya ni le gusta que hablemos”
		Sujeto 9	“Si, por impuntuales, no colaboran o abusaban económicamente de mi mamá, entonces hemos tenido discusiones”
No	11	Sujeto 1	“No, ya que el cuidado de mi mamá no se ha sentido como una carga para la familia, antes, por el contrario, ha servido para unirnos más como familia”
		Sujeto 5	“No, pues mi familia siempre ha sido muy unida, diría que esta situación ha hecho que nos apoyemos más, estemos más atentos con el proceso, y exista más apoyo con los otros”
		Sujeto 3	“No, todos tenemos muy buena relación”
Total	14		

Como se puede observar en la Tabla 27 respecto a si se ha presentado un cambio en el trato o comportamiento con sus familiares, once de los cuidadores respondieron que no habían presentado ninguno de estos cambios, manifestando que siempre han sido núcleos familiares muy unidos, con relaciones fuertes, caracterizadas de amor y apoyo, por lo que el comportamiento permanecía igual, como siempre ha sido. Así como lo señala Codorniu, et al., (2011) citados por (Calderón Rocha et al., 2016) de manera análoga, “Los cuidadores informales desempeñan diversos roles que les dejan experiencias ya sean positivas o negativas; en algunos casos los cuidadores expresan que la patología genera unión familiar

dado que se reúnen en pro de realzar un acompañamiento a la persona creando un espacio propicio para la misma”. (p.25)

Por otra parte, tres de los cuidadores presentaron cambios en el comportamiento/o trato con sus familiares, expresando que la relación con sus hijos se había vuelto muy distante, en otras situaciones, las discusiones entre los hermanos aumentaron por falta de colaboración y en otro de los casos, el trato mejoro, aumento la empatía y la tolerancia con el otro.

En ese mismo orden de ideas, Camga, Vivar y Naval citados por Hidalgo et al., (2020) Señalan que:

Los cambios demográficos y sociales que se están presentando en las últimas décadas están afectando a la estructura y relaciones familiares y a su capacidad de respuesta a situaciones de necesidad ocasionadas por enfermedad o dependencia. El cuidado de una persona mayor, al ser generalmente una actividad extensa y duradera en el tiempo, fuerza a muchos cambios en el contexto próximo de la persona y de los cuidadores familiares, llegando a producir importantes desequilibrios debido a problemas de convivencia, falta de espacio físico y conductas insolidarias de otros miembros de la familia (p.45).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el estudio se logran identificar problemas de convivencia en los 3 cuidadores que referían si presentar alteraciones, ya que manifiestan falta de apoyo en la familia y no respetan las decisiones que toma el cuidador principal en cuanto a los cuidados que requiere el adulto.

Cambios emocionales

Tabla 28

Ha presentado algún cambio en su estado de animo

	Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistado
Si	9	Sujeto 3	“Si, por que hay días en que hay bajones, debido a que prestar este cuidado a veces se estresa uno y es agotador.”
		Sujeto 4	“Si, varios, en ocasiones me siento muy triste, como con mucha nostalgia, y en otras me siento frustrada, como si estuviera enojada con la situación”
		Sujeto 9	“Si, ella no contribuye, es caprichosa, interesada, nos hace pasar malos ratos, eso me genera frustración, porque si ella se dejara ayudar, sería diferente la situación”
		Sujeto 10	“Si, a mí me dio depresión debido pues a toda la situación con mi mamá”
No	5	Sujeto 1	“El cuidado que he venido brindado no ha generado ningún cambio en mi estado de ánimo”
		Sujeto 8	“No, todo muy bien, no me ha alterado mi trabajo emocionalmente”
		Sujeto 14	“No, pues es la profesión que elegí, no me siento triste”
Total	14		

Con relación al cambio de estado de ánimo de los cuidadores encontramos que en su gran mayoría los sujetos objeto de estudio expresan que, si ha generado un cambio, en el cual se puede deducir que hay cambios entorno a sus estados de ánimo como es el agotamiento, la tristeza, la frustración, el enojo y la depresión ante la situación que están viviendo. De este modo, se logra evidenciar que los cambios que se producen a nivel del estado de ánimo son más comunes en cuidadores informales, puesto que estos no cuentan con ninguna formación o capacitación que les enseñe a enfrentarse a estas nuevas situaciones que se van presentando con la enfermedad del adulto mayor. Así como lo argumentan Garzón Patterson et al., (2018)

El cuidador principal contrae una gran carga física y psíquica, que puede generar diversas consecuencias, como cefaleas, agotamiento, descuido de la imagen personal, abandono ocupacional, entre otras, asociadas al esfuerzo y a las percepciones negativas del cuidador. Además, se responsabiliza de la vida del enfermo y va perdiendo

paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más (2016, p. 392)

De esta manera, los resultados del estudio muestran que ejercer el rol de cuidador trae consigo diferentes cambios anímicos Debido a que, como lo menciona Vásquez. “Es una tarea tan demandante cuidar a una persona mayor se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés fatiga, soledad, enojo y tristeza”. (2013, p.57)

Tabla 29. *Se siente deprimido*

	Número de los sujetos	Respuesta de los sujetos entrevistados	
Si	8	Sujeto 4	“Hubo un tiempo en el que sí, diría que fue en el inicio de la enfermedad de mi papá, y pues claro, en ocasiones lo invada a uno sentimientos de tristeza”
		Sujeto 5	“En ocasiones, la verdad ha sido un proceso largo, con muchos cambios, y adaptaciones tanto como para él y para nosotras.”
		Sujeto 7	“Pues, me siento triste, pero debo ser fuerte por mi madre”
No	6	Sujeto 1	“No, en ninguna ocasión me he llegado a sentir deprimida o triste”
Total	14		

En la Tabla 29, se puede observar que 8 de los cuidadores de adultos mayores se han sentido deprimidos con respecto al cuidado, ya que expresan que esta nueva situación ha sido un proceso largo el cual ha traído consigo muchos cambios y adaptaciones tanto para ellos como cuidadores y familiares, como para el adulto mayor enfermo, asimismo son situaciones que han generado sentimientos de tristeza.

Dado los resultados, es relevante señalar que

La carga emocional de esta actividad se asocia con mayores probabilidades de desarrollar problemáticas de salud mental, como depresión o ansiedad, especialmente si existe una percepción de bajo apoyo social y/o si perciben que no cuentan con las

herramientas necesarias para dicho rol”, según Haines et al., (2015, p.4, citados por (Balladares et al., 2021, p. 19)).

Tabla 30. *Ha presentado irritabilidad*

	Número de los sujetos	Respuesta de los sujetos entrevistados	
Si	4	Sujeto 4	“Si, en ocasiones siento mucho estrés, y como que cualquier cosa me saca de sí, pero intento controlar eso.”
		Sujeto 5	“Si, hay días en los que exploto muy feo, como que el más mínimo obstáculo me pone de mal genio”
		Sujeto 11	“Si, cuando no me alcanza el tiempo para mis cosas”
No	10	Sujeto 6	“No, por el contrario, me he vuelto un poco más tolerante”
		Sujeto 2	“No, he aprendido a sobrellevar de buena manera los inconvenientes que se puedan presentar”
Total	14		

En relación con si han llegado a presentar irritabilidad con respecto a los cuidados que brindan al adulto mayor, encontramos que la mayoría de los sujetos de estudio no han presentado ningún tipo de irritabilidad con un total de 10 cuidadores, expresando que, por el contrario, se han vuelto más tolerantes, ya que han aprendido a sobrellevar de la mejor manera la situación e inconvenientes que se pueden presentar con el cuidado al adulto mayor. Aunque por el contrario hubo 4 personas que dijeron que, si han experimentado irritabilidad, y esto se debe a que hay días en los que no les alcanza el tiempo para sus cosas y hay situaciones que generan estrés lo que conlleva a que estén irritables o de mal genio.

Con referencia a lo anterior, Pavón Ramírez (2014) citado por Moreno, (2018) hace referencia a las etapas o fases por las que atraviesa un cuidador familiar en el desarrollo de su rol, este autor describe cuatro etapas:

La primera etapa, es la que está relacionada con el entusiasmo, manifestado por el cuidador al inicio de la enfermedad, quien tiene la esperanza y sentimiento de superación ante la enfermedad y todo lo que esta conlleva. **La segunda etapa**, es donde después de un tiempo de estar en ese proceso como cuidador familiar aparece la sensación de estancamiento, que da lugar al cansancio, la desilusión, impaciencia, irritabilidad y el disgusto ante el cuidado. **En la tercera etapa**, aparece la frustración, donde surge otro tipo de sentimiento como es el fracaso ante el cuidado y la culpa de no estar haciendo quizás las cosas bien, con un sentimiento de impotencia. **La cuarta y última** etapa de este estudio, es aquella donde se manifiesta la apatía por parte del cuidador familiar. Se considera como fase o estado límite del cuidador en su rol ejercido, debido a que éste observa sus actividades como algo rutinario que no conduce a ninguna parte y en el cual se encuentra atrapado p. 29).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que los resultados de estudio evidencian que, en la mayoría de los casos, no se presenta irritabilidad por el cuidado que están brindando al adulto, ya que expresan que esta situación los ha convertido en personas más tolerantes y más empáticos con el enfermo y sus familiares.

Tabla 31. *Ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento*

Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
Si	6	Sujeto 4	“Si, pues como lo dije anteriormente, la atención solo está en una persona, de por si se está ignorando lo que pasa con los otros miembros, que puede ser mucho, entonces sí, a veces me aisló y no comento mis cosas”
		Sujeto 6	“Si, en ocasiones me siento sola, ya que el contacto con la persona que cuido es cortante, ella mantiene muy triste, entonces eso hace que la conversación no fluya, se cierra”
		Sujeto 9	“En algunos momentos quería salir corriendo de allá, por el trato de mi mamá, se desquita siempre conmigo, cuando pelea con mis hermanos”
		Sujeto 10	“Si, yo me he sentido sola, porque mis hermanos pues no aparecen, cuando tuve que ir a Manizales, no conté con ellos ni económicamente, y ni mi papá ni mis hermanos fueron a visitarla”
No	8	Sujeto 5	“No, he contado con la compañía de mis hijas y mi esposo, lo que no me hace sentir sola”
		Sujeto 7	“No, nunca mi familia siempre está para mí, mis papás me dan toda la fuerza para continuar”
		Sujeto 8	“No, tengo buena comunicación con mi familia, un buen trabajo, estoy bien con mi pareja, no me siento sola”
Total	14		

En relación con los sentimientos de soledad y aislamiento que se han podido generar respecto con estos cuidados se puede evidenciar que la gran mayoría de los sujetos no han presentado ninguno de estos sentimientos, puesto que ocho de ellos expresan que han tenido un buen acompañamiento familiar lo cual ha generado que se sientan con un buen apoyo en esos momentos en los que ellos como cuidadores afrontan situaciones e inconvenientes que les genera algún sentimiento de tristeza y dándole la fuerza necesaria para seguir con los cuidados que están brindando. De igual manera, se encontró que seis de las personas entrevistadas si sienten sentimientos de soledad y aislamientos, ya que no cuenta con una buena red de apoyo, y en donde muchas veces los adultos mayores son cortantes y de mal humor generando estos sentimientos.

De esta manera, respecto a los resultados del estudio es importante mencionar que aunque en la mayoría de cuidadores no presentan sentimientos de soledad y aislamiento por lo

que cuentan con familiares y parejas que las apoyan y les ofrecen estabilidad, por otra parte, están los cuidadores que manifiestan estos sentimientos debido a que la atención solo está centrada en la persona cuidada, y el cuidador se siente abandonado y aislado, por lo que se puede deducir que el apoyo de los familiares o la pareja puede ser un factor importante para que estos sentimientos no se presenten en los cuidadores.

Por el contrario, en un estudio realizado por Flores, Rivas y Seguel, (2012), citados (Santos Rincon & Franco Muñoz, 2017) por sus resultados mencionan que

La soledad, el aislamiento social, la sobrecarga, el deterioro en la salud física y mental y el olvido de sí mismo son las consecuencias del desempeño del rol de cuidador, por lo cual lo demostrado en los resultados de esta investigación en su gran mayoría no se presenta ninguno de los cambios mencionados anteriormente. (p. 26)

Tabla 32. *Ha presentado sentimientos de culpa o miedo*

Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
Si	7	Sujeto 1	“Si, porque he sentido que de pronto falta brindarle más cuidado a la persona, ya que no estamos 100% capacitados para brindarle un excelente cuidado”
		Sujeto 7	“Me he sentido culpable, siento que no es suficiente lo que hago por ella, quisiera hacer más”
		Sujeto 9	“De culpa cuando si, una vez que le hice el almuerzo se lo llevé, que, porque estaba muy enferma y la encuentro a ella cocinando para otras personas, unos vecinos, y me fui para mi casa de una, la deje ahí, y ese día la tuvieron que llevar al hospital, me dio remordimiento porque me fui y la deje sola”
No	7	Sujeto 5	No, en ningún momento, todo el cuidado que le he brindado a él ha sido con toda la tolerancia, respeto y cariño que merece cualquier persona, y le he dado prioridad.”
		Sujeto 10	“No, yo siempre he estado apoyando a mi mamá, cuidándola, respetando sus decisiones, y pues si me da miedo perderla”
Total	14		

En la Tabla 32 se logra evidenciar que la mitad de los sujetos objetos de estudio han presentado sentimientos de culpa o miedo, puesto que como lo han expresado al momento de

ser entrevistados estos sentimientos los sienten debido a que piensan que de pronto no les han brindado los cuidados necesarios al adulto mayor, ya que no han tenido una capacitación necesaria para poder brindar estos cuidados, del mismo modo, la otra mitad no los han presentado puesto que han brindado el cuidado con toda la tolerancia, respeto, amor y cariño que merece cualquier persona, convirtiéndolos así siempre en su prioridad y respetando cada decisión que ellos decidan tomar.

“Desde el punto de vista psíquico, suelen evidenciarse problemas clínicos como: la depresión, estrés, hipocondría, ansiedad, problemas psicossomáticos: como el dolor de cabeza, pérdida del apetito, insomnio, problemas de memoria, concentración, entre otras; y alteraciones emocionales como la tristeza, sensación de culpabilidad, soledad, entre otros, sin embargo, su intensidad varía según el apoyo familiar, social y económico del caso en particular”. Viau, (2016, p. 38), citado por (Silva Walteros & Rodriguez Talero, 2021).

Respecto a lo anterior se confirma que esta sensación de culpabilidad es variable, la cual está influenciada por el nivel de apoyo familiar y la preparación que tenga el cuidador para ejercer el rol de cuidador.

Tabla 33. *Alguna vez se Ha sentido impotente*

Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
Si	11	Sujeto 1	“Si, cuando se le ha presentado un dolor o un inconveniente y no he podido solucionar de una”
		Sujeto 4	“Si, pero pues son en situaciones que de por si no podemos hacer mucho, mi papá tiene traqueostomía, y en ocasiones se siente ahogado sin respiración, por lo que nos toca acudir al hospital, diría que en esas situaciones.”
		Sujeto 6	“Si, en los momentos en que quisiera que ella hablara más conmigo sobre su dolor, como se siente, pero recibo siempre una actitud esquiva por parte de ella.”
		Sujeto 9	Una vez cuando mi sobrina se fue para donde mi mamá a vivir con ella unos meses para cuidarla, la actitud de mi mamá fue muy negativa, le decía que ojalá se largara, que ya estoy harta de que estuvieran ahí, que ella quería vivir sola, los echaba, y pues uno en esta situación no sabe qué hacer, porque eso se estaba haciendo era por un bien para ella”
		Sujeto 10	“Si, en algunas ocasiones, por ejemplo, cuando mi mamá tomo la decisión drástica de terminar con su tratamiento, es decir, ella se tiene que operar y no quiere, ella dice que ya está cansada”
No	3	Sujeto 8	“No, el proceso con la persona a quien cuido ha sido muy tranquilo, no me he enfrentado a situaciones que no se puedan solucionar”
		Sujeto 13	“No, en ningún momento”
Total	14		

En relación con si se ha sentido impotente o no en cuanto a los cuidados que ha brindado al adulto mayor, encontramos que la mayoría de los sujetos con un total de 11 cuidadores dijeron que si se han sentido impotentes, ya que según lo expresado por ellos esta sensación se presenta frente a las situaciones conforme a la enfermedad de los adultos mayores, ya que son sucesos que los cuidadores no saben cómo afrontar, debido a que son cuidadores informales que no han recibido la formación necesaria para este tipo de situaciones, puesto que así queda demostrado en los resultados obtenidos por la investigación.

Por todo lo expresado anteriormente, es importante considerar a Pinzón, Aponte, & Galvis, (2012), citados por (Calderón Rocha et al., 2016) cuando refieren que, “El cuidador informal es aquel cuidador principal quien brinda de forma responsable, permanente y sin retribución económica, cuidado a una persona enferma, sin tener conocimientos previos, ni experiencia en la práctica de cuidado”. (2012, p. 20)

Brindar cuidado a una persona es un proceso que trae consigo tareas complejas puesto que se deben adoptar medidas adecuadas frente a los cuidados que conlleva la enfermedad en el adulto mayor, así como lo expresa Kaplan & Berkman, (2019);

Aunque el cuidado puede ser muy gratificante, también puede tener efectos negativos. Los cuidadores familiares pueden experimentar un estrés considerable y subsiguientes problemas de salud, aislamiento, fatiga y frustración, que a veces llevan a una sensación de impotencia y agotamiento (agotamiento del cuidador). Es probable que el impacto en el cuidador sea mayor cuando una persona de edad avanzada tiene una mayor carga de morbilidad y discapacidad y requiere más atención (2021, p. 2)

Tabla 34. *Se ha sentido maltratado en algún momento por el adulto mayor o su familia*

	Número de los sujetos	Temas
Si	6	Tipo de maltrato: Psicológico, gritos, persecución, palabras soeces y obscenas, y comunicación agresiva Maltrato físico: lanza objetos
No	8	“En ningún momento he recibido maltrato por parte de la adulta mayor o mi entorno familiar” “No, en ningún momento, la relación con mi familia siempre ha sido muy bien”
Total	14	

Como se observa en la Tabla 34, según lo que han expresado los sujetos objetos de estudio se puede deducir que han sufrido maltratos psicológicos y físicos por parte del adulto mayor o sus familiares, manifestado a través de palabras soeces, gritos, acciones de persecución, humillación y arrojar objetos.

8.4 Objetivo No. 4 Identificar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica

Tabla 35. *Ha evidenciado algún cambio en la comunicación con su entorno familiar debido a los cuidados que ha venido prestando*

Número de los sujetos		Respuesta de los sujetos entrevistados	
Si	9	Sujeto 4	“Si, nos comunicamos más, pues conversamos ampliamente las decisiones o los procesos que se van llevando a cabo, al igual que nos turnamos en los cuidados”
		Sujeto 7	“Si, la comunicación mejoro mucho, aumento el interés, la empatía, todos se muestran dispuestos en ofrecer la ayuda para el manejo de la enfermedad de mi madre”
		Sujeto 11	“Si, ha sido un cambio para bien, porque ahora tenemos una comunicación al 100%, nos sentimos más juntos y hablamos más”
No	5	Sujeto 3	“No, la comunicación con mi hijo y mis hermanos sigue igual”
		Sujeto 9	“No, nosotros tenemos buena comunicación, nos contamos todo, y mis hermanos están muy pendientes de ella económicamente, en las cosas que necesita para movilizarse y eso”
Total	14		

En la Tabla 35 se logra observar que la mayoría de las personas entrevistadas han evidenciado un cambio en la comunicación debido a los cuidados que han venido brindando pero estos cambios han sido para bien, ya que según lo expresado por los sujetos objetos de estudio ha mejorado un 100% la comunicación, puesto que con estos cuidados han necesitado implementar una comunicación más asertiva y una escucha activa que les permita tomar las decisiones y estar pendiente de las situaciones que se han venido presentando, de este mismo modo se ha aumentado la empatía y la tolerancia, como lo menciona García y Constante (2011), citados por (Puello Scarpati et al., 2014), expresan que la familia funciona de acuerdo con su tipología estructural, y cuando la familia es uniparental, las reglas, los roles, la jerarquía y la comunicación se ajustan para mantener el funcionamiento y adecuarse a la

nueva estructura. Es decir, cuando se produce un cambio, se modifica todo el sistema familiar en sus funciones, roles, actividades e interacciones (p. 228).

De este modo es importante mencionar que no solo estas se ajustan a familias uniparentales, puesto que con los resultados de la investigación se puede deducir que esto también aplica para los diferentes tipos de familia como lo son las familias nucleares, homoparentales, etc.

Tabla 36. *Considera que las normas al interior de su familia han cambiado desde que esta brindado el cuidado al adulto mayor*

Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
<i>Si</i>	8	Sujeto 1	“Si, por qué se debe de tener en cuenta que esta el adulto mayor enfermo y uno debe de acoplarse para brindarle un mejor entorno y que no se sientan como estorbo”
		Sujeto 5	“Si, se han vuelto más estrictas, pues solo somos nosotras, entonces nos toca ser más organizadas en todos los aspectos, cada una tiene su vida, pero también tenemos que cumplir con el cuidado del papá de las niñas”
		Sujeto 11	“Si, por que antes no tenía normas como tal y ahora soy yo la encargada de establecerlas y que se cumplan, como la hora del medicamento, ir a las citas, el respeto entre todos, entre otras”
<i>No</i>	6	Sujeto 8	“Pues no, yo vivo sola entonces las normas permanecen tal cual como las quiera manejar yo”
		Sujeto 10	“Pues en mi casa nunca ha habido normas, entonces pues no, no cambiaron”
Total	14		

En la Tabla 36 se puede deducir que la gran mayoría de las personas consideran que ha habido un cambio al interior de las normas familiares, ya que como lo han expresado las personas entrevistadas ha sido un cambio necesario para que el adulto mayor enfermo se sienta cómodo y asimismo poder acoplarse de la mejor manera para brindarle un entorno seguro y con una buena calidad de vida. De este modo al cambiar estas normas no solo se ve afectado al interior de la familia, sino que también están afectando sus vidas personales de una u otra manera, ya que han tenido que irse adaptando a estas, modificando así su tiempo libre, su vida laboral, familiar y amorosa. De esta manera se puede decir que la vida de quien

atiende a un paciente con enfermedad crónica puede verse afectada de muchas maneras. Ruiz Ríos & Nava Galán, (2012) cita que “Con frecuencia, experimentan cambios en las siguientes áreas: en las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo” (p. 168).

Tabla 37. *Considera que ha cambiado el rol en su familia desde que está brindando estos cuidados*

Número de los sujetos		Respuesta de los sujetos entrevistados	
Si	9	Sujeto 5	“Si, pues antes del diagnóstico, él se encargaba de los gastos de los servicios y la comida, pues ahora depende un poco más de mí y de mi hija, entonces sí ha cambiado un poco el rol, porque pues me ha tocado convivir de nuevo con ellos”
		Sujeto 6	“Si, definitivamente, pues antes yo permanecía con mis hijos brindándoles el cuidado y pues realizaba solo las labores de la casa, ahora mi rol está centrado en la parte económica”
		Sujeto 7	“Si, claro, pues yo ya soy independiente, tengo mi hogar, pero pues debido a la enfermedad de mi madre volví pues a vivir con ellos, y a ocuparme como de la casa, entonces sí, si cambio”
No	5	Sujeto 2	“No, ya que mi rol en mi vida familiar sigue siendo el mismo y el rol con el adulto mayor es de cuidadora”
		Sujeto 13	“No, mi rol sigue siendo el mismo, y creo que eso es debido a que hay un apoyo familiar y entre todos nos ayudamos para ese cuidado”
Total	14		

Referente a los roles familiares si han cambiado o no al interior de la familia contamos con 9 personas han expresado que sí, ya que esta nueva situación que se generó al interior de la familia que es cuidar al adulto mayor trajo consigo diferente repercusiones, ya que en unos ha cambiado el rol de mamá, hija, y esposas, al ser las personas que se encargan de todo al interior del hogar, entre ellos, la parte económica, y en otros casos volver a vivir con sus padres para cuidarlos, estar pendiente de las decisiones del hogar, ya que muchas veces como lo ha demostrado esta investigación muchas de las responsabilidades recaen sobre los cuidadores. De este modo también es importante recalcar que 5 personas dijeron que no, puesto que han sabido sobrellevar esta nueva situación evitando que su rol de madre, hija o

esposa se vea afectado por estos cuidados brindados, de esta manera es importante señalar que la presencia de un enfermo en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles, tareas y patrones de conducta entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar los requerimientos de cuidado. Como se ha afirmado antes en relación con los resultados obtenidos por el estudio, “estos cambios pueden generar crisis que ponen en peligro la estabilidad de sus integrantes y la del cuidador principal” (como lo citan Vega, Ovallos y Velásquez, 2012, p.6)

Así como lo refiere Hidalgo et al., (2020), es preciso señalar que,

La familia es la responsable del cuidado de sus miembros dependientes. Generalmente el rol del cuidador recae en la mujer, debido a que ella todavía cumple un papel fundamental en la provisión de cuidados a los miembros de la familia y en las labores del hogar (como lo cita Troncoso, 2013, p. 54)

Tabla 38. *Coloca limites respecto a sus actividades personal y el cuidado del adulto mayor*

Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
Si	8	Sujeto 1	“Si, en cuanto actividades personales como citas médicas, cuidado de mi autoimagen, entre otras, siempre saco el tiempo pertinente para este”
		Sujeto 4	“Antes no, ahora como mi hermana volvió a la ciudad, pues ya es otra persona que nos ayuda en el cuidado de mi papá, entonces ya puedo realizar actividades personales como con más paciencia, es decir que sí, si pongo límites”
		Sujeto 8	“Si, claro, yo saco mis espacios para mi vida personal y mi vida laboral, yo no las mezclo”
No	6	Sujeto 3	“No, nunca he colocado límites y por eso creo que a veces no tengo tiempo para mis actividades de tiempo de ocio, pero también siento que es debido a que no tengo ayuda de mis hermanos para el cuidado de mi papá, quien a veces me ayuda con este cuidado es mi nuera y mi hijo, pero como no vivimos en la misma ciudad se complica”
		Sujeto 9	“No, a veces no se puede, porque uno no sabe cómo va a estar siempre, de un día para otro se puede enfermar, ella vive sola entonces le toca a uno correr. todos aportan, porque unos tienen más modo que otros, pero podían también aportar en el cuidado de ella o en el cuidado de la casa, y eso no lo hacen porque aportan dinero.”
		Sujeto 10	No, pues es que así quiera poner límites no puedo, porque si no quien se ocupa de mi mamá...”
		Sujeto 11	“No, no hay ningún límite porque en el momento que ellos me necesiten yo dejo todo por ir ayudarlas”
Total	14		

Como se puede observar en la Tabla 38 respecto a si colocan o no limites los cuidadores para realizar sus actividades personales y no mezclarlo con el cuidado del adulto mayor, ocho de los cuidadores entrevistados respondieron que sí, ya que, según lo expresado por ellos colocan limites entorno al cuidado esto con el fin de que no traiga repercusiones a su vida personal, permitiendo así tener más tiempo para ellos como lo es el cuidado de su imagen personal, las citas médicas, realizar tareas personales, entre otras. Por otra parte, los seis cuidadores restantes respondieron que no, ya que así lo quisieran, no les es posible ya que no cuentan con un apoyo para brindar el cuidado por turnos, así que se les hace imposible, así mismo, expresan que en el momento que la persona los necesite ellos dejan todo por ir a ayudarlos, o en varias ocasiones consideran que solo ellos pueden realizar el cuidado

adecuado ya que la experiencia y el conocimiento que ellos tienen no los tiene otro miembro de su familia.

De este modo, como lo menciona Martínez Tabaco & Sánchez Parra, (2016),

Los aspectos relacionados con los límites difusos en las dinámicas familiares, conllevan a relaciones tensas en las familias. Por lo tanto, cuando no hay un adecuado funcionamiento y las dinámicas no son armónicas, inflexibles o existe rigidez o demasiada flexibilidad en los límites y roles difusos, hay una predisposición desfavorable para la familia, cuyo desequilibrio afecta multidimensionalmente a todos los miembros de diferentes maneras. (p.63)

En este caso, es preciso señalar que el estudio revela que la gran mayoría de los cuidadores si trazan un límite respecto con sus actividades personales y el cuidado que ofrecen, lo que genera que la persona tenga el tiempo adecuado y necesarios para realizar sus cosas y cumplir con sus diferentes roles.

Tabla 39. Quién toma las decisiones

Número de los sujetos	Respuestas de los sujetos entrevistados
Sujeto 1	“Mi esposo, mi mamá y yo, siempre se tiene en cuenta la opinión de mi mamá, para que se sienta bien en casa y se dé cuenta que tiene voz y voto en el entorno familiar”
Sujeto 4	“Antes no, ahora como mi hermana volvió a la ciudad, pues ya es otra persona que nos ayuda en el cuidado de mi papá, entonces ya puedo realizar actividades personales como con más paciencia, es decir que sí, si pongo límites”
Sujeto 5	Pues las decisiones se comunican ante todos, mis hijas, mi ex esposo y yo, pero pues diría que teniendo en cuenta las circunstancias las cosas han cambiado un poco, y la autoridad la tengo yo”
Sujeto 7	“Tratamos de que todo sea democrático, pero pues al final de día quien toma la decisión final es mi mamá”
Sujeto 9	“Mi hermana mayor es la que toma las decisiones, solo una vez yo fui la que tomé una decisión, pero en el hospital, de resto mi hermana. Ella no consultaba con nadie, solita toma las decisiones.”
Total	14

En cuanto a la autoridad en la familia, se les pregunto a los cuidadores que quienes eran los que tomaban las decisiones, en su gran mayoría, las decisiones se toman en familia, se dialoga sobre la situación para conocer el punto de vista de todos y por último quien toma la decisión definitiva es la persona quien realiza el rol de cuidador o en situaciones específicas en las que se debían tomar decisiones respecto a cirugías la decisión final es la del adulto.

Tabla 40. *Se han visto afectadas las relaciones afectivas con los demás miembros de la familia, incluso con el adulto mayor*

Número de los sujetos		Respuestas de los sujetos entrevistados	
Si	8	Sujeto 1	“Considero que el cuidado que le estamos brindando nos ha unido más como familia, ya que con ella al cuidado siempre tratamos de compartir tiempo todos juntos”
		Sujeto 4	“Bueno pues se ha demostrado mucho apoyo tanto por su núcleo familiar, como por sus hermanos, se expresa más los sentimientos de cariño, puesto que antes no se hacía, es decir que se ha fortalecido la relación afectiva.”
		Sujeto 5	“Bueno, pues la relación con mi ex esposo era muy distante, no existía contacto por decirlo así, pues era como lo necesario, pero pues de un tiempo para acá hemos mejorado la relación y ha estado muy agradecido por el apoyo que ha recibido de mi parte, con mis hijas, pues mi hija la mayor es un poco más encerrada en su mundo, no es tan cariñosa como la menor, sin embargo, el cariño se demuestra más ahora”
		Sujeto 7	“El diagnostico de mi mamá nos hizo unirnos más como familia, nos hizo más tolerantes los unos con los otros, y buscar compañía y apoyo en la familia”
No	6	Sujeto 8	“No, no se han visto afectadas de ninguna manera, con el adulto mayor siempre ha sido la misma relación, muy respetuosa, y con mi familia todo permanece igual, nos queremos mucho y siempre lo expresamos
		Sujeto 10	“No, pues es que nosotros somos muy fríos, nosotros no nos demostramos que nos queremos ni nada de eso, mi papá parece una piedra, él ni siquiera un feliz cumpleaños, nada, entonces no, todo igual”
Total	14		

Uno de los intereses del estudio están relacionados con los cambios que se presentan en cuanto a las relaciones afectivas con los demás miembros familiares e incluso con el adulto mayor, 8 de los cuidadores respondieron que sí se han visto afectadas las relaciones afectivas o se generó un cambio en sus relaciones con sus familiares, expresaron que el cuidado que estaban brindando a uno de sus miembros los acercó mucho más como familia, de esta situación rescatan que como familia tienen recursos importantes como lo es la empatía, la tolerancia y el apoyo incondicional con el otro, por otra parte, las relaciones que se veían distantes y se encontraban fracturadas, esta situación los hizo unirse y demostrarse el cariño que se tienen pero que antes no lo hacían. Por esa razón es importante comprender los cambios que ocurren en el sistema familiar a raíz de la enfermedad, tal como lo afirma Spilkin

y Ballantyne, (2007) citados por Castiblanco-Orozco & Orozco-Gómez, (2015) “es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que, al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema”. (p. 206).

Según Beltrán, (2020), esta situación, genera en la familia nuevas formas de relacionarse, nuevos roles y responsabilidades al ser necesario afrontar una serie de eventos estresantes alrededor de la enfermedad, tratamiento y las consecuencias que esto implica, donde el sistema familiar puede buscar estrategias de afrontamiento para hacer frente a la situación ocurrida (p. 34).

Respecto a lo anterior, el estudio evidenció que si se generan nuevas formas de relacionarse al interior de la familia, al igual que se presentan nuevos roles, y responsabilidades cuando sucede una situación de enfermedad, así como se destaca la unión que genera en las familias, además del apoyo incondicional y la tolerancia con aquel adulto que se encuentra enfermo para enfrentar juntos el proceso de cuidado.

Conclusión

Como resultado, podemos concluir que la persona que realiza el rol de cuidador de un adulto mayor con enfermedad crónica, en la mayoría de los casos es un familiar, el cual no cuenta con capacitación referente a los cuidados de la población adulta mayor, frecuentemente es la hija, la ex cónyuge o un yerno, evidentemente, el vínculo que existe entre el cuidador y la persona adulta mayor juega un papel importante en cuanto a los cambios que se generan en la dinámica familiar del cuidador, de acuerdo a las respuestas que se obtuvieron a través de la entrevista por parte de los cuidadores, se evidencio que la dinámica familiar si sufre alteraciones en sus diferentes componentes, con referencia a la comunicación, se descubrió que esta ha mejorado en un 100%, ya que como lo relatan los cuidadores, para brindar un cuidado adecuado, la familia adopta medidas para implementar una comunicación asertiva y de esta manera, ofrecer un ambiente sano y agradable para la convivencia con el adulto mayor, con relación a las normas familiares, se evidenció que estas han ido cambiando al interior de la familia teniendo en cuenta que los ajustes que realizan son necesarios para brindarle un entorno seguro y cómodo al adulto mayor, de este modo, cabe resaltar que no solo se ve afectada las normas al interior de la familia, sino que también afecta la vida personal, laboral y el tiempo de ocio de los cuidadores, debido a las nuevas responsabilidades que adquiere en cuanto a las necesidades y cuidados de la persona a quien cuida.

En cuanto al rol de la persona cuidadora, se presentaron diferentes cambios no solo a nivel individual, sino también a nivel familiar, ya que, en algunos casos, los familiares adoptan nuevos roles con el fin de suplir citas médicas, o gastos referentes al cuidado del adulto mayor. Por otra parte, en relación a la autoridad, se presentó que es el cuidador quien toma las decisiones referentes al adulto mayor, exceptuando casos en los que el adulto mayor

es quien toma la última decisión, cuando se trata de decisiones vitales como: cirugías o trasplantes.

Cabe considerar, por otro lado, los cambios a nivel individual que adquiere la persona cuidadora, partiendo del nuevo rol que adopta, el cuidador no solo es la persona encargada de prestar servicios de cuidado, debemos tener en cuenta que el cuidador también es una persona que necesita atención, que cuenta con su propio núcleo familiar y en muchos casos debe seguir ejerciendo las tareas que implica el rol de madre, esposa, hija, hermana, abuela, y hasta tener otro trabajo para sustentar los gastos; dentro de ese orden de ideas, la responsabilidad y el compromiso de brindar cuidado a otra persona es un proceso que genera cambios en todas las áreas de su vida, a nivel laboral se presentan problemas, en muchos casos deben modificar sus horarios o dejar de trabajar por un periodo, en relación a su vida sentimental, también se presentan alteraciones, ya que no cuentan con la disponibilidad de tiempo que antes tenían para compartir con su pareja, lo que genera que su relación se vuelva tensa o distante, respecto a la relación con sus hijos, esta se logra ver en algunos casos fracturada por el hecho de que se llega a presentar una desatención involuntaria a los demás miembros de la familia, porque evidentemente el papel del cuidador no es fácil, no solo puede llegar a afectar a nivel físico, sino también a nivel emocional, manifestándose en problemas de salud como: tristeza, cansancio, falta de tiempo para el autocuidado, ansiedad, entre otros.

Dicho lo anterior, es importante tomar conciencia del papel tan importante y poco valorado que desempeña la persona que es cuidadora, en muchos casos, el cuidador no cuenta con apoyo familiar para las múltiples responsabilidades que tiene, de esta manera, es fundamental el respaldo y la compañía a esta población.

Por último, las relaciones afectivas mejoraron en la mayoría de los casos, expresando que la situación de enfermedad presente, los ha unido más como familia, generando sentimientos de empatía, tolerancia y apoyo incondicional los unos con los otros.

Recomendaciones

Con base a los resultados obtenidos en la investigación, es de gran importancia capacitar a las familias en cuanto a los cuidados de la población adulto mayor, ya que evidentemente es la familia quien brinda el cuidado primario al adulto, de esta manera recomendamos al Programa de Gerontología, que en las practicas del contexto en salud se implementen las capacitaciones para los cuidadores de adultos mayores, asimismo consideramos necesario la creación de redes de apoyo primarias, que le permitan al cuidador principal disminuir la carga de cuidado y mejorar la capacidad de hacer frente a cada situación que se va presentando en esta labor.

Referencias

- Achury, D. M., Castaño Riaño, H. M., Gómez Rubiano, L. A., & Guevara Rodríguez, N. M. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*. 13, 21.
- Acosta Pech, A. M., & Bracamontes Grajeda, J. E. (2019). *Lenguaje, discriminación y nuevas configuraciones familiares: Candados normativos y sugerencias para su estudio*. <https://docplayer.es/170137661-Lenguaje-discriminacion-y-nuevas-configuraciones-familiares-candados-normativos-y-sugerencias-para-su-estudio.html>
- Alcaldía de Medellín. (2011). *Cartilla Módulo Dinámica Familiar*. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Medell%C3%ADn%20solidaria/Secciones/Publicaciones/Documentos/2011/Cartilla%20Modulo%20Familiar.pdf>
- Aldana Olarte, R., & Pedraza Marín, J. A. (2010). *Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010* [Trabajo de Grado, Universidad del Rosario, Universidad Ces]. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf?sequence=3>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Astudillo Román, María Elizabeth, Yanqui Ramos, Marlene Patricia, Rodríguez Quintana, Támara, Muñoz Jadán, Ximena Elizabeth, Lomas Delgado, Narcisa Lizzeth, Vela Trejo, Carlos Alberto, & Carrasco Guamán, Marcelino Rafael. (2020). Enfermedades crónicas y su influencia en la funcionalidad familiar en el sector La Ferroviaria (Machala – Ecuador). *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 15(19). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedades-cronicas-y-su-influencia-en-la-funcionalidad-familiar-en-el-sector-la-ferroviaria-machala-ecuador/>
- Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Coli Acevedo, J., Molina Garzón, M., Catalán, L., Gray-Gariazzo, N., & Aracena Alvarez, M. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 20(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue3-fulltext-2397>
- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Online mixed sampling: An application in hidden populations. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149. <https://doi.org/10.3926/ic.294>
- Beltrán, Y. P. (2020). *Necesidades emocionales en cuidadores principales de pacientes con cáncer de estómago* [Trabajo de Grado, Universidad Antonio Nariño, Facultad de Psicología].

<http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/2125/1/2020Yohana%20Paola%20Beltr%C3%A1n.pdf>

- Bódalo-Lozano, E. (2010). Cambios En Los Estilos De Vida De Las Cuidadoras De Personas Dependientes. *Portularia*, X(1), 85-97.
- Calderón Rocha, S., Cardona Chávez, J. A., Echenique Ramos, D., & Fonseca García, A. L. (2016). *Percepción de los Cuidadores Informales, frente a la Experiencia de Cuidado de una Persona Adulta, en Cuidado Paliativo con Patología Oncológica, asistentes al Centro Javeriano de Oncología (CJO), durante el Periodo de Junio y Julio del Año 2016* [Trabajo de Grado, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21096/CalderonRochaStephan y2016.pdf?sequence=1>
- Cantor Romero, Á. P., Hurtado Moreno, D. Y., Forero Umbariba, L. M., & Niño Aguirre, L. F. (2013). *Relaciones de la cuidadora con las redes primarias y secundarias en las prácticas del cuidado de un adulto mayor* [Trabajo de Grado, Universidad De La Salle]. https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1196&context=trabajo_social
- Castañeda-Porras, O., Segura, O., & Parra, A. Y. (2018). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Trinidad-Casanare. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 38-42.
- Castiblanco-Orozco, L., & Orozco-Gómez, Á. M. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217.
- Castillo Kohatsu, R. M. (2011). *Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor con necesidad de prótesis total* [Trabajo de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2806/Castillo_kr.pdf?sequence=1
- Corbetta, P. (2007). *Metodologías y técnicas de Investigación Social. Edición revisada* (1a Revisada). Mc Graw Hill Interamericana de España. <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/metodologc3ada-y-tc3a9cnicas-de-investigac3b3n-social-piergiorgio-corbetta.pdf>
- Crespo Comesaña, J. M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia Bases to build a positive communication in the family. *Revista de Investigación En Educación*, 9(2), 91-98.
- Crivello, M. del C. (2013). Enfermedad Crónica Y Grupo Familiar. *Psicología y Psicopedagogía*, 30, 24-36.
- Cuevas-Martínez, K. I., & Gutiérrez-Valverde, J. M. (2022). Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. *SANUS*, 7, e265. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.265>

- Demarchi Sánchez, G., Aguirre Londoño, M., Yela Lozano, N., & Viveros Chavarria, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cultura Educación y Sociedad*, 6(2). <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1049>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2020). *La Información del DANE en la Toma de Decisiones de los Departamentos. Armenia, Quindío* (p. 99). Gobierno de Colombia. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/201026-InfoDane-Quindio.pdf>
- Fatás Cuevas, B., Cardoso, M. J., & Martínez Catón, V. (2018). Análisis de la sobrecarga del cuidador informal de personas con demencia y su relación con el riesgo de maltrato. *Psicología*, 22, 27.
- Félix Alemán, A., Aguilar Hernández, R. M., Martínez Aguilar, M. L., Ávila Alpírez, H., Vázquez Galindo, L., & Gutiérrez Sánchez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: Una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 16(33), 81-88. <https://doi.org/10.7184/cuid.2012.33.11>
- Flores, M. E., Fuentes Laguna, H. L., González Pérez, G. J., Vega López, M. G., Flores Meza, I. J., & Valle Barbosa, M. A. (2016). Perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado. *Academia Journals Puebla*, 585-590.
- Folch Ayora, A., Macia Soler, L., & Cervera Gasch, A. (2019). Análise de dois questionários sobre a qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3148. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2624.3148>
- Fuentes Fernández, M. C., & Moro Gutiérrez, L. (2014). Trabajo Social y cuidadores informales: Análisis de la situación actual y propuesta de intervención. *Trabajo Social Hoy*, 71(Primer Cuatrimestre), 43-62. <https://doi.org/10.12960/TSH.2014.0002>
- Gallardo, P., & Rojas, M. (2016). *El rol del cuidador en el adulto mayor* [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.]. <https://bdigital.uncu.edu.ar/8544>
- Galvis-López, C. R., Aponte-Garzón, L. H., & Pinzón-Rocha, M. L. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Meta. *Aquichan*, 16(1), 104-115. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.11>
- Gamboa Aboado, R., & Rospigliosi Benavides, A. (2010). Más allá de la hipertensión arterial. *Acta Médica Peruana*, 27(1), 45-52.
- Garzón Patterson, M., Pascual Cuesta, Y., & de la Concepción Collazo Lemus, E. (2018). Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Gómez Santos, C. A., De La Rosa Bobdilla, J. J., & Quintana Urrea, L. I. (2019). *Las redes sociales de cuidadores de adultos mayores dependientes. Su influencia en el cuidado*. Editorial Académica Española. https://www.buecher.de/shop/buecher/las-redes-sociales-de-cuidadores-de-adultos-mayores-dependientes/gmez-santos-csar-augusto-de-la-rosa-bobdilla-john-jaime-quintana-urrea-leonardo-ivn/products_products/detail/prod_id/58281707/
- Hidalgo, D. C., Tovar Marín, N., & Ijaji, L. P. (2020). *Autopercepción de la salud en adultos mayores cuidadores de personas mayores en los municipios de (Filandia, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá y Armenia) del departamento del Quindío 2020* [Trabajo de Grado, Universidad del Quindío]. <https://bdigital.uniquindio.edu.co/bitstream/handle/001/6167/DIANA%20NATALIA%20LEIDY%20TRABAJO%20DE%20GRADO%20AUTOPERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20CUIDADORES%20DE%20PERSONAS%20MAYORES%20EN%20LOS%20MUNICIPIOS%20DE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hidalgo Martinola, D. R., Turtós Carbonell, L., Caballero Batista, Á., & Martinola Meléndez, J. R. (2016). Relaciones interpersonales entre cuidadores informales y adultos mayores. *Revista Novedades en Población*, 12(24), 77-83.
- Kaplan, D. B., & Berkman, B. J. (2019). *Cuidado familiar de las personas mayores—Salud de las personas de edad avanzada* [Temas médicos]. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/cuestiones-sociales-que-afectan-a-las-personas-mayores/cuidado-familiar-de-las-personas-mayores>
- Lopera E., J. D. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Fac. Nac. Salud Pública*, 32(1), 11-20.
- Malhotra, N. K. (2004). *Investigacion De Mercados: Un Enfoque Aplicado* (4a.). Prentice-Hall. <https://www.casadellibro.com/libro-investigacion-de-mercados-un-enfoque-aplicado-4-ed/9789702604914/986026>
- Martínez Tabaco, H. S., & Sánchez Parra, L. M. (2016). *Dinámicas Familiares con Hijos Adolescentes en Colombia* [Trabajo de Grado, Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Psicología]. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/12331/1/2016_dinamicas_familiares_adolescentes.pdf
- Matailo Bazarán, J. K. (2019). *Rol De La Familia En El Cuidado Integral Del Adulto Mayor Y La Intervención Del Trabajador Social* [Trabajo de Grado, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21769/1/JESSICA%20KATHERINE%20MATAILO%20BAZARAN.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia & Colciencias. (2015). *Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento* [Resumen Ejecutivo].

- Ministerio Salud y de la Protección Social de Colombia. (2020). *Boletines poblacionales: Personas Adultas mayores de 60 años. Corte a diciembre de 2019*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
- Morales, F. (2012). *Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa*.
- Moreno, L. M. M. (2018). *Necesidades y motivaciones de cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica* [Trabajo de Grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO]. <https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6266/1/23.%20NECESIDADES%20Y%20MOTIVACIONES%20DE%20CUIDADORES%20FAMILIARES%20DE%20PACIENTES%20CON%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CR%20C3%93NICA.pdf>
- Murrieta Martínez, I. (2020). *Apoyo social y su asociación con la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF220, 2020* [Trabajo de Grado, Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina]. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/111154>
- Naciones Unidas, CEPAL, Huenchuan Navarro, S., & Rodríguez Velázquez, R. I. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México Diagnóstico y lineamientos de política*. Naciones Unidas, CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/38879/S1500754_es.pdf
- Núñez Villacampa, M. T. (2017). *La dependencia y los cuidadores informales* [Trabajo de Grado, Universidad de Navarra]. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/43680/1/Trabajo%20Mar%20C3%ADa%20N%20C3%BA%20C3%B1ez%20def.%20pdf.pdf>
- Oliva Gómez, E., & Villa Guardiola, V. J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017, mayo 17). *Enfermedades cardiovasculares. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?* [Institucional de salud]. Temas de Salud. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021). *Hipertensión*. Temas de Salud. <https://www.who.int/es/health-topics/hypertension>
- Patiño Díaz, M. S., & Beltrán Aguilar, M. (2017). *Impacto de la enfermedad crónica de pacientes en la dinámica familiar, Arequipa 2017* [Trabajo de Grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Ciencias Historico-Sociales Unidad de Segunda Especialidad]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3694>
- Pérez Sánchez, N. N. (2015). *Vivencias del familiar cuidador principal de personas adultas mayores con diabetes mellitus, Asentamiento Humano Morro Solar Bajo, Jaén—2014. «Una mirada desde la perspectiva del cuidador»* [Trabajo de Grado, Universidad

- Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería]. <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/41>
- Pinzón, E. A., & Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08>
- Piratoba-Hernández, B. N., & Rozo-Gutiérrez, J. N. (2015). Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia. *MedUNAB*, 18(1), 51-57. <https://doi.org/10.29375/01237047.2189>
- Puello Scarpati, M., Silva Pertuz, M., & Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246.
- Ley 1438 de 2011, 51 (2011). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- República de Colombia & Congreso de la República. (2013). 3.3.1 *Ley de Salud Mental 1616 de 2013*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ley 1751 de 2015, 13 (2015). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- República de Colombia, & Congreso de la República. (2017, julio 19). *Ley 1850 de 2017*. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1850_2017.html
- Proyecto de Ley 169 de 2019, (2019). <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2019-2020/1640-proyecto-de-ley-169-de-2019>
- Ley 2055 de 2020, (2020). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>
- República de Colombia & Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2020). *La información del DANE en la toma de decisiones de los departamentos—Armenia Quindío*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/201026-InfoDane-Quindio.pdf>
- Resolución número 005928 de 2016, 6 (2016). <https://vlex.com.co/vid/resolucion-numero-005928-2016-654894729>
- Rojas de P, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10, 7-12.

- Ruiz Ríos, A. E., & Nava Galán, Ma. G. (2012). Cuidadores: Responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i3.149>
- Ruiz Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: Una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Santos Rincon, J. M., & Franco Muñoz, S. F. (2017). *Disminucion de sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad cronica no transmisible*. [Trabajo de Grado, Universidad de Santander]. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/109/1/Disminuci%C3%B3n%20de%20sobrecarga%20en%20cuidadores%20familiares%20de%20pacientes%20con%20enfermedad%20cr%C3%B3nica%20no%20transmisible..pdf>
- Segovia Díaz de León, M. G., & Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
- Silva Walteros, L. E., & Rodriguez Talero, M. A. (2021). *Revisión documental: Importancia del cuidado al cuidador en familias de pacientes diagnosticados con síndrome de moebius y el impacto fente al bienestar integral del sistema familiar* [Trabajo de Grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO]. https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/12776/5/T.P_SilvaLuz-RodriguezMaria_2021.pdf
- Takase Gonçalves, L. H., Mendes Costa, M. A., Martins, M. M., Modesto Nassar, S., & Zunino, R. (2011). The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev. Latinoam. Enferm. (Online)*, 19(3), 458-466.
- Toral Simó, C. (2021). *El cuidador informal en el ámbito de la dependencia: Gestión emocional, estrategias de autocuidado y formación específica* [Trabajo de Grado, Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23926/El%20cuidador%20informal%20en%20el%20ambito%20de%20la%20dependencia%20gestion%20emocional%20estrategias%20de%20autocuidado%20y%20formacion%20especifica..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Universidad del Quindío. (2017). *Proyectos Educativo de Programa de Gerontología (PEP)—Universidad del Quindio*. <https://www.yumpu.com/es/document/view/32731214/proyectos-educativo-de-programa-pep-universidad-del-quindio>
- Villegas, M. M., & González, F. E. (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(2), 35-59. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-147>

- Viveros Arturo, S. (2019). *Percepción de calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo* [Trabajo de grado para la obtención del título como Psicólogo, Pontificia Universidad Javeriana]. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:k3_ROaE7CRsJ:vitela.javeriana.cali.edu.co/handle/11522/11245+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co
- Zapata Dusán, R. J. (2019). *Calidad de vida de cuidadores informales de personas adulto mayor* [Trabajo de Grado, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., Facultad de Ciencias de la Salud, Programa se Enfermería]. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/2770>
- Zúñiga Arreaga, G. F., & Quito Sarmiento, A. E. (2018). *Dinámica familiar el adulto mayor con enfermedades crónicas* [Trabajo de Grado, Universidad Estatal de Milagro Facultad de Ciencias Sociales]. <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4298>

Anexos

Anexo A. Entrevista Semiestructurada

Facultad Ciencias de la Salud

Entrevista Semiestructurada

Gerontología

Título

Transformación de la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica



Fecha _____

Nombre de las entrevistadoras: Kelly Juliana Rodríguez Gaviria, Brigitte Vanessa Gutiérrez

I. ASPECTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Determinar las características sociodemográficas (edad, genero, estado civil, escolaridad, parentesco, remuneración económica) del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

- 1.1 Edad _____
- 1.2 Genero _____
- 1.3 Estado Civil _____
- 1.4 Nivel de escolaridad _____
- 1.5 Parentesco tiene con la persona a la que cuida _____
- 1.6 Recibe remuneración económica por el cuidado _____ (Aproximadamente cuanto recibe)

II PARTICULARIDADES DEL CUIDADOR

2 Identificar particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica (Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado, horas a cargo, relación con el adulto mayor , responsabilidad sobre el cuidado...)

- 2.1 Ha recibido capacitación para el cuidado de adultos mayores _____ Si__ No__ Donde _____ Tiempo de duración_____ Año_____ Temas_____
- 2.2 Le gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores Si__ No__ Por qué_____ Temas_____
- 2.3 Cuánto tiempo lleva brindando el cuidado al adulto mayor_____
- 2.4 Cuantas horas al día está a cargo del cuidado del adulto mayor_____
- 2.5 La responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor recae solo en usted, o cuenta con apoyo de la familia en los asuntos del A.M? _____
- 2.6 ¿Qué temas o aspectos considera que son más complejos en el cuidado del A,M? _____
- 2.7 ¿Le gusta lo que hace, o prefiere otro tipo de trabajo? _____
- 2.8 ¿Como podría describir la relación que tiene con el A, M? _____

III INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ADULTO MAYOR

Edad

Genero

Patología (s)

Independiente- dependiente (Funcional o No funcional)

¿Convive con sus familiares o vive solo? _____

Estado civil _____

IV. CAMBIOS COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES

4. Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal) y emocionales (irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, sentimientos de soledad, culpa, maltrato...) del cuidador principal a cargo del adulto con enfermedad crónica.

Cambios comportamentales:

- 4.1 ¿Siente que el cuidado del adulto mayor le ha generado un cambio en torno a su vida familiar? ¿De qué manera?
- 4.2 ¿Ha presentado cambios o alteraciones en el patrón del sueño?
- 4.3 ¿Ha tenido que dejar de realizar actividades de ocio o entretenimiento que antes solía hacer?
- 4.4 ¿Ha dejado de preocuparse por su imagen personal?
- 4.5 ¿Ha descuidado a algún miembro de su familia a causa del cuidado al adulto mayor?
- 4.6 ¿Ha perdido contacto con personas que antes frecuentaba debido al cuidado que le ofrece al adulto mayor?
- Otros _____
- 4.7 ¿Se han presentado cambios en el comportamiento/trato con sus familiares o de parte de ellos?

Cambios emocionales

- 4.8 ¿Ha presentado algún cambio en su estado de ánimo? ¿Cuáles?
- 4.9 ¿Se siente deprimido?
- 4.10 ¿Ha presentado irritabilidad?
- 4.11 ¿Ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento? ¿Por qué?
- 4.12 ¿Ha presentado sentimientos de culpa o miedo? ¿Por qué?
- 4.13 ¿Alguna vez se ha sentido impotente? ¿En qué situaciones?
- 4.14 ¿Se ha sentido maltratada en algún momento por el adulto mayor o su familia?
- Otros _____

V. TRANSFORMACIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR

5. Identificar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica.

Comunicación

5.1 ¿Ha evidenciado algún cambio en la comunicación con su entorno familiar debido a los cuidados que ha venido prestando?

Normas

5.2 ¿Considera que las normas al interior de su familia han cambiado desde que esta brindado el cuidado al adulto mayor?

Roles

5.3 ¿Considera que ha cambiado el rol en su familia desde que está brindando estos cuidados?

Limites

5.4 ¿Coloca limites respecto a sus actividades personales y el cuidado del adulto mayor?

Autoridad

5.5 En cuestión de autoridad en la familia, ¿quién toma las decisiones?

Afecto

5.6 ¿Se han visto afectadas las relaciones afectivas con los demás miembros de la familia, incluso con el adulto mayor? ¿Por qué?

Anexo B. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Agradecemos de antemano su participación en esta investigación realizada por **Kelly Juliana Rodríguez Gaviria y Brigitte Vanessa Gutierrez Rodas** estudiantes de X semestre del Programa de Gerontología de la Universidad del Quindío, estamos llevando a cabo una investigación titulada: **Transformación de la Dinámica Familiar del Cuidador Principal de un Adulto Mayor Con Enfermedad Crónica**, la cual está acompañado por la asesora de grado **Lilia Inés López Cardozo**.

Esta investigación tiene como objetivo: Analizar las transformaciones (cambios en la comunicación, en los roles, ...) que se están presentando en la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad Crónica, las preguntas que encontrara en la entrevista están formuladas con el fin de conocer como es la experiencia que vive el cuidador y su familia respecto al cuidado que le brinda al adulto mayor, Si usted participa en esta investigación no tendrá riesgo alguno y deseamos que con su participación se pueda obtener la información necesaria y pertinente para continuar con nuestra investigación.

Resultaría de suma importancia y de mucho agrado poder contar con su acompañamiento y participación activa en la entrevista, con el fin de adquirir conocimiento referente al tema de investigación

Toda la información suministrada por usted sólo la conocerán las estudiantes y Así mismo dicha información, se manejará bajo estrictas normas de privacidad, seguridad y reserva con esto quiere decir que no se publicará en ninguna red social o medio protegiendo siempre su identidad e intimidad durante este proceso investigativo, de igual manera, se cumplirá con el protocolo de bioseguridad al momento de aplicar la entrevista, teniendo en cuenta la situación actual de pandemia Covid-19, así mismo, es importante señalar que si en algún momento de la entrevista usted desea abandonar su participación en la investigación titulada: **Transformación de la Dinámica Familiar del Cuidador Principal de un Adulto Mayor con Enfermedad Crónica**, lo puede hacer si así lo cree necesario.

Asentimiento

Yo _____

Identificado con la C.C. No. _____ de _____

He leído, escuchado o visto la información suministrada anteriormente y voluntariamente consiento mi participación en la investigación titulada: **Transformación de la Dinámica Familiar del Cuidador Principal de un Adulto Mayor con Enfermedad Crónica**, permitiendo al responsable usar la información obtenida con la intención de ser utilizada estrictamente con fines educativos y académicos.

 Firma.

Nombre de las responsables de la Investigación

Kelly Juliana Rodríguez Gaviria y Brigitte Vanessa Gutiérrez Rodas

Firmado a los ____ días del mes de _____ del año 2021

Anexo C. Prueba Piloto

Facultad ciencias de la salud

Entrevista semiestructurada

Gerontología

Título

Transformación de la dinámica familiar del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica



Fecha: 18/ Noviembre/2021

Nombre de las entrevistadoras: Kelly Juliana Rodríguez Gaviria, Brigitte Vanessa Gutiérrez

Nombre del participante: Angela Gaviria Salazar

I. ASPECTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Determinar las características sociodemográficas (edad, genero, estado civil, escolaridad, parentesco, remuneración económica) del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

1.7 Edad: 45

1.8 Género: Mujer

1.9 Estado Civil: Casada

1.10 Nivel de escolaridad: Tecnológico

1.11 Parentesco tiene con la persona a la que cuida: Hija

1.12 Recibe remuneración económica por el cuidado: “No recibo ningún tipo de remuneración, ya que le brindo el cuidado a mi mamá y trabajo desde casa en auditoria medica”

(Aproximadamente cuanto recibe)

II PARTICULARIDADES DEL CUIDADOR

2. Identificar particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica (Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado, horas a cargo, relación con el adulto mayor , responsabilidad sobre el cuidado...)

1.1 Ha recibido capacitación para el cuidado de adultos mayores _____ Si__ No X “No he recibido ningún tipo de capacitación, todo el cuidado que brindo es conocimiento que he adquirido con el pasar del tiempo “

Donde _____ Tiempo de duración _____ Año _____ Temas _____

1.1.1 Le gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores Si: X No__ Por qué _____ Temas: “Si, me gustaría recibir capacitación en los temas como es el trato al adulto mayor, la alimentación, los cuidados necesarios para el ACV brindando una mejor calidad de vida y como seguir teniendo un cuidado personal y emocional para que el cuidado del adulto mayor no lo afecte tanto a uno”

1.2 Cuánto tiempo lleva brindado el cuidado al adulto mayor: 2 Años

1.2.1 Cuantas horas al día está a cargo del cuidado del adulto mayor: “Todo el día”

1.2.2 La responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor recae solo en usted, o cuenta con apoyo de la familia en los asuntos del A.M? “Aunque la responsabilidad del cuidado recae sobre mí, siempre he tenido el apoyo familiar con el cuidado hacia mi mamá.”

- 1.2.3 ¿Qué temas o aspectos considera que son más complejos en el cuidado del A,M?: “Bueno, pues en mi caso, el manejo de la traqueostomía y gastrostomía, ya que es necesario pues contar con todas las herramientas para hacer una limpieza adecuada, de lo contrario, pues se dificulta”
- 1.2.4 ¿Le gusta lo que hace, o prefiere otro tipo de trabajo?: “Si, me gusta estar al pendiente del cuidado de ella y atenderla en todo lo que necesite y este a mi alcance”
- 1.2.5 ¿Como podría describir la relación que tiene con el A, M? “Es una relación en donde tenemos muy buena comunicación, amorosa, comprensiva, en donde siempre nos hemos escuchado una a la otra y así me daba a conocer sus necesidades”

III INFORMACIÓN SOBRE EL ADULTO MAYOR

Edad: 80 años

Género: Mujer

Patología (s) Hipertensión, accidente cerebrovascular y diabetes

Independiente- dependiente (Funcional o No funcional): “Es funcional hasta donde su ACV se lo permitía, ya que algunas actividades como el baño, el vestirse y realizarle las comidas contaba por parte de nosotros como familia”

¿Convive con sus familiares o vive solo? “Vive con nosotros”

Estado civil: Viuda

IV. CAMBIOS COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES

4. Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal) y emocionales (irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, sentimientos de soledad, culpa, maltrato...) del cuidador principal a cargo del adulto con enfermedad crónica.

Cambios comportamentales:

- 4.1 ¿Siente que el cuidado del adulto mayor le ha generado un cambio en torno a su vida familiar? ¿De qué manera? “Si, porque no hay la disponibilidad de tiempo total que siempre ha habido para la familia, si no que toca brindar una gran cantidad de tiempo al adulto mayor, ya que este requiere de más tiempo”
- 4.2 ¿Ha presentado cambios o alteraciones en el patrón del sueño? “No, ya que ella no requería cuidados en la noche”
- 4.3 ¿Ha tenido que dejar de realizar actividades de ocio o entretenimiento que antes solía hacer?: “Si, por que no hay disponibilidad del 100% del tiempo”
- 4.4 ¿Ha dejado de preocuparse por su imagen personal?: “No, busco el espacio para poder dedicarme a mi imagen personal”
- 4.5 ¿Ha descuidado a algún miembro de su familia a causa del cuidado al adulto mayor?: “No he descuidado a ningún miembro, siempre trato de brindarle el tiempo necesario a cada miembro de mi familia”
- 4.6 ¿Ha perdido contacto con personas que antes frecuentaba debido al cuidado que le ofrece al adulto mayor? Otros _____ “ No he perdido ningún contacto, ya que no he sido una persona de visitas o salir mucho con amigas, pero cuando he tenido eventos o he necesitado salir con mis amigas lo hago ya que cuento con el apoyo de mi entorno familiar para que le brinden el cuidado cuando no estoy”

4.7 ¿Se han presentado cambios en el comportamiento/trato con sus familiares o de parte de ellos? “No, ya que el cuidado de mi mamá no se ha sentido como una carga para la familia, antes, por el contrario, ha servido para unirnos más como familia”

Cambios emocionales

4.8 ¿Ha presentado algún cambio en su estado de ánimo? ¿Cuáles?: “El cuidado que he venido brindado no ha generado ningún cambio en mi estado de ánimo”

4.9 ¿Se siente deprimido?: “No, en ninguna ocasión me he llegado a sentir deprimida o triste”

4.10 ¿Ha presentado irritabilidad?: “No, por el contrario, me he vuelto un poco más tolerante”

4.11 ¿Ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento? ¿Por qué?: “No”

4.12 ¿Ha presentado sentimientos de culpa o miedo? ¿Por qué?: “Sí, porque he sentido que de pronto falta brindarle más cuidado a la persona, ya que no estamos 100% capacitados para brindarle un excelente cuidado”

4.13 ¿Alguna vez se ha sentido impotente? ¿En qué situaciones?: “Sí, cuando se le ha presentado un dolor o un inconveniente y no he podido solucionar de una”

4.14 ¿Se ha sentido maltratada en algún momento por el adulto mayor o su familia? “En ningún momento he recibido maltrato por parte de la adulta mayor o mi entorno familiar”

Otros _____

V. TRANSFORMACIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR

5. Identificar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica

Comunicación

5.7 ¿Ha evidenciado algún cambio en la comunicación con su entorno familiar debido a los cuidados que ha venido prestando?: “No se ha generado un cambio, antes, por el contrario, siento que ha mejorado un 100%”

Normas

5.8 ¿Considera que las normas al interior de su familia han cambiado desde que esta brindado el cuidado al adulto mayor?: “Sí porque se debe tener en cuenta que el adulto mayor está enfermo y uno debe acoplarse para brindarle un mejor entorno y que no se sienta como un estorbo”

Roles

5.9 ¿Considera que ha cambiado el rol en su familia desde que está brindando estos cuidados?: “No, el rol en mi familia en ningún momento ha cambiado, sigo siendo esa mamá que está pendiente de sus hijas y está ahí para cuando ellas lo necesiten igual que con mi esposo, simplemente que ahora divido un poco mi tiempo para poder brindarle los cuidados necesarios a mi mamá”

Límites

5.10 ¿Coloca límites respecto a sus actividades personales y el cuidado del adulto mayor?: “Sí, en cuanto actividades personales como citas médicas, cuidado de mi autoimagen, entre otras, siempre sacaba el tiempo pertinente para este”

Autoridad

5.11 En cuestión de autoridad en la familia, ¿quién toma las decisiones?: “Mi esposo, mi mamá y yo, siempre se tiene en cuenta la opinión de mi mamá, para que se sienta bien en casa, y se de cuenta que tiene voz y voto en el entorno familiar”

Afecto

5.12 ¿Se han visto afectadas las relaciones afectivas con los demás miembros de la familia, incluso con el adulto mayor? ¿Por qué?: “No se han visto para nada afectadas, siento que antes este cuidado que estamos brindando nos ha unido más como familia, ya que con ella al cuidado siempre tratamos de compartir tiempo todos juntos “

Anexo D. Matriz de transcripción de la entrevista

1. Determinar las características sociodemográficas (Edad, género, estado civil, escolaridad...) del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

1.1 Edad	
1.2 Género	
1.3 Estado Civil	
1.4 Nivel de escolaridad	
1.5 Parentesco que tiene con la persona que cuida	
1.6 Recibe remuneración económica por el cuidado	
1.7 Ha recibido capacitación para el cuidado de los adultos mayores	
1.8 Le gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores	
1.9 Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado al adulto mayor	
1.10 Cuantas horas al día está a cargo del cuidado del adulto mayor	
1.11 La responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor recae solo en usted, o cuenta con apoyo de la familia en los asuntos del A.M	
1.12 Se ha sentido maltratada en algún momento por el adulto mayor o su familia	
1.13 Qué temas o aspectos considera que son más complejos en el cuidado del A,M	
1.14 Le gusta lo que hace, o prefiere otro tipo de trabajo	
1.15 Como podría describir la relación que tiene con el A, M	
2. Información sobre el adulto mayor	
2.1 Edad	
2.2 Género	
2.3 Patología	
2.3 Funcional o No Funcional	
2.4 ¿Convive con sus familiares o vive solo?	
2.5 Estado Civil	

1.

2. Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal..) y emocionales (irritabilidad, cambios en el estado de animo..) del cuidador principal a cargo del adulto mayor con enfermedad crónica

Cambios Comportamentales	
3.1 ¿Siente que el cuidado del adulto mayor le ha generado un cambio en torno a su vida familiar? ¿De qué manera?	
3.2 ¿Han presentado cambios o alteraciones en el patrón del sueño?	
3.3 ¿Ha tenido que dejar de realizar actividades de ocio o entretenimiento que antes solía hacer?	
3.4 ¿Ha dejado de preocuparse por su imagen persona?	
3.5 ¿Ha descuidado a algún miembro de su familia a causa del cuidado al adulto mayor?	
3.5 ¿Ha perdido contacto con personas que antes frecuentaba debido al cuidado que le ofrece al adulto mayor?	
3.7 ¿Se han presentado cambios en el comportamiento/trato con sus familiares o de parte de ellos?	
Cambios Emocionales	
3.8 ¿Ha presentado algún cambio en su estado de ánimo?	
3.9 ¿Se siente deprimido?	
3.10 ¿Ha presentado irritabilidad?	
3.11 ¿Ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento? ¿Por qué?	
3.12 ¿Ha presentado sentimiento de culpa o miedo? ¿Por qué?	
3.13 ¿Alguna vez ha sentido impotente? ¿En que situaciones?	
3. Identificar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónicas	
Comunicación	
4.1 ¿Ha evidenciado algún cambio en la comunicación con su entorno familiar debido a los cuidados que ha venido prestando?	
Normas	
4.2 ¿Considera que las normas al interior de su familia han cambiado desde que esta brindado el cuidado al adulto mayor?	
Roles	
4.3 ¿Considera que ha cambiado el rol en su familia desde que está brindando estos	

<i>cuidados?</i>	
Limites	
<i>4.4 ¿Coloca limites respecto a sus actividades personales y el cuidado del adulto mayor?</i>	
Autoridad	
<i>4.5 En cuestión de autoridad en la familia, ¿quién toma las decisiones?</i>	
Afecto	
<i>4.6 ¿Como se han visto afectadas las relaciones afectivas con los demás miembros de la familia, incluso con el adulto mayor? ¿Por qué?</i>	

Anexo E. Matriz de la sistematización de la información

1. Determinar las características sociodemográficas (Edad, género, estado civil, escolaridad...) del cuidador principal de un adulto mayor con enfermedad crónica

<i>Pregunta</i>	Codificación	Respuesta
1.1 Edad	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
1.2 Género	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
1.3 Estado Civil	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
1.4 Nivel de escolaridad	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
1.5 Parentesco que tiene con la persona que cuida	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	

1.6 Recibe remuneración económica por el cuidado	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
2. Identificar particularidades del cuidador frente al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.		
2.1 Ha recibido capacitación para el cuidado de los adultos mayores	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
2.2 Le gustaría recibir capacitación sobre el cuidado de adultos mayores	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	

	14	
2.3 Cuanto tiempo lleva brindado el cuidado al adulto mayor	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
2.4 Cuantas horas al día está a cargo del cuidado del adulto mayor	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
2.5 La responsabilidad sobre el cuidado del adulto mayor recae solo en usted,	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	

<i>o cuenta con apoyo de la familia en los asuntos del adulto mayor</i>	11	
	12	
	13	
	14	
<i>2.6 Qué temas o aspectos considera que son más complejos en el cuidado del adulto mayor</i>	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
<i>2.7 Le gusta lo que hace o prefiere otro tipo de trabajo</i>	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	

2.8 Como podría describir la relación que tiene con el adulto mayor	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	

3. Información sobre el adulto mayor

Pregunta	Codificación	Respuesta
3.1 Edad	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
3.2 Género	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	

	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
3.3 Patología	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
3.4 Funcional o No funcional	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	

3.5 ¿Convive con sus familiares o vive solo?

8	
9	
10	
11	
12	

4.. Identificar los cambios comportamentales (patrón del sueño, imagen personal..) y emocionales (irritabilidad, cambios en el estado de animo..) del cuidador principal a cargo del adulto mayor con enfermedad crónica

Pregunta	Cambios comportamentales	
	Codificación	Respuesta
4.1 ¿Siente que el cuidado del adulto mayor le ha generado un cambio en torno a su vida familiar? ¿De qué manera?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.2 ¿Han presentado cambios o alteraciones en el patrón del sueño?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	

4.3 ¿Ha tenido que dejar de realizar actividades de ocio o entretenimiento que antes solía hacer?	3	“
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.4 ¿ Ha dejado de preocuparse por su imagen persona?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.5 ¿Ha descuidado a algún miembro de su familia a causa del cuidado al adulto mayor?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	

4.6 ¿Ha perdido contacto con personas que antes frecuentaba debido al cuidado que le ofrece al adulto mayor?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.7 ¿Se han presentado cambios en el comportamiento/trato con sus familiares o de parte de ellos?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	Cambios Emocionales	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	

4.8 ¿Ha presentado algún cambio en su estado de ánimo?	13	
	14	
4.9 ¿Se siente deprimido?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.10 Ha presentado irritabilidad	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.11 ¿Ha presentado sentimientos de soledad y aislamiento? ¿Por qué?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	

	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
4.12 ¿Ha presentado sentimiento de culpa o miedo? ¿Por qué?	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
4.13 ¿Alguna vez ha sentido impotente? ¿En qué situaciones?		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
4.14 ¿ Se ha sentido maltratado/a en algún momento por el adulto mayor o su familia		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	

7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

5. Identificar las transformaciones que se presentan en la dinámica familiar (roles, la comunicación, el afecto, la autoridad, límites y las normas) del cuidador principal al cuidado de un adulto mayor con enfermedad crónica

Pregunta	Codificación	Respuesta
Comunicación		
5.1 ¿Ha evidenciado algún cambio en la comunicación con su entorno familiar debido a los cuidados que ha venido prestando?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
Normas		
5.2 ¿Considera que las normas al interior de su familia han cambiado desde	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	

que esta brindado el cuidado al adulto mayor?	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
Roles		
5.3 ¿Considera que ha cambiado el rol en su familia desde que está brindando estos cuidados?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
Limites		
5.4 ¿Coloca limites respecto a sus actividades personales y el cuidado del adulto mayor	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
Autoridad		
5.5 En cuestión de autoridad en la familia, ¿quién toma	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

las decisiones?	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
Afecto		
5.6 ¿Como se han visto afectadas las relaciones afectivas con los demás miembros de la familia, incluso con el adulto mayor? ¿Por qué?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	

Anexo F. Aval de Bioética



**UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ACTA N° 008 del 25 marzo de 2022 COMITÉ DE BIOÉTICA DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (Resolución 0600 del 29 de octubre de 2001)

Fecha: 25 de marzo de 2022

NOMBRE DEL PROYECTO: *Transformación De La Dinámica Familiar Del Cuidador Principal De Un Adulto Mayor Con Enfermedad Crónica*

INVESTIGADORES: Brigitte Vanessa Gutiérrez Rodas, Kelly Juliana Rodríguez Gaviria

TUTOR: Lilia Inés López Cardozo

Se certifica que los investigadores dieron respuesta satisfactoria a todos los ítems durante la sesión y que por lo tanto se considera **APROBADO** el mencionado proyecto por parte del Comité de Bioética de Investigaciones.

DIANA MARCELA CURTIDOR GUTIERREZ MD, MSc
Presidente Comité De Bioética de Investigaciones Facultad
De Ciencias De La Salud Creado mediante Resolución
0600 del 29 de octubre de 2001 Universidad del Quindío

Vs. Bc. JORGE LUIS DUQUE VALENCIA
Decano
Facultad De Ciencias De La Salud
Universidad del Quindío